Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰

MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction: Karolinenplatz 2. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 6.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger. Dr. H. Ranke. Dr. v. Rothmund. Dr. v. Schleiss. Dr. Seitz. Dr. Winckel.

№ 15. 1887. 12. April.

Redacteur: Dr. B. Spatz, Karolinenplatz 2/0.
Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21.

34. Jahrgang.

Originalien.

Die Amputation des Kropfes.

Eine vorläufige Mittheilung von Geheimrath *v. Nussbaum.*

Bevor Lister die Welt mit seiner segenbringenden antiseptischen Methode beglückte, war die Kropfoperation eine höchst lebensgefährliche. Man machte sie meist nur bei vorhandenen grossen Gefahren, bei Stickanfällen und bedeutender Belästigung.

Es ist interessant, dass man schon lange Kröpfe operirte und nie von einer Cachexia strumipriva, von einer Tetanie, von einem Myxoedem etwas hörte.

Ja es erging mir selbst so. Ich mache schon seit dem Jahre 1858 Totalexstirpationen des Kropfes; nie wurde ich von solchen Unglücken belehrt.

Kocher war der erste, der mit lauter Stimme vor Total-Exstirpationen warnte, welcher das schreckliche Bild der Cachexia strumipriva veröffentlichte und jetzt ist die ganze Welt voll von Angst und Sorge, wenn man gleich eine Strumectomie jetzt unendlich viel ungefährlicher als in der vorantiseptischen Zeit operirt.

Ueberall wird jetzt experimentirt, welche Wichtigkeit die Glandula thyreoidea für den organischen Haushalt hat. Man glaubt herausgefunden zu haben, dass die gefürchteten Unglücke nicht kommen, wenn nur ein klein wenig Etwas von der Glandula thyreoidea im Organismus bleibt. Die Thierexperimente sollen ergeben haben, dass kein Unglück folgt, wenn man bei der Kropfoperation ein ganz kleines Stückchen der Glandula thyreoidea zurücklässt, oder wenn man eine sogenannte seitlich sitzende accessorische Drüse fortbestehen lässt, oder wenn man ein kleines Stück der weggenommenen Drüse in die Peritoneal-Höhle hineinnäht, oder sogar, wenn man ein Stück der weggenommenen Drüse verreibt, filtrirt, und den filtrirten Saft in die Bauchhöhle hineinspritzt. Ob hiebei nicht manche Täuschung vorkam, ist nicht meine Sache zu untersuchen.

Ich erwähne dies nur desshalb, weil ich darin die Erklärung suchen zu müssen glaube: warum in der alten Zeit die jetzt so ernst proclamirten Unglücke nicht beobachtet wurden. Ich glaube nämlich, dass viele Chirurgen eine Totalexstirpation zu machen wähnten, während sie da und dort einen kleinen Rest der Glandula oder eine kleine accessorische Drüse zurückliessen, und ohne es zu wissen, den Patienten vor Unglück bewahrten.

So viel steht also fest: Eine Totalexstirpation darf man den vorliegenden Erfahrungen gemäss nicht mehr machen.

Es ist dies ein grosser Schlag für die Chirurgie, denn gerade jetzt, wo man der Operation ihre grössten Gefahren zu nehmen im Stande ist, jetzt soll man sie nicht mehr machen. Ferner ist wohl zu bedenken, dass die Kropf-Operation oft, ja meist eine lebensrettende Operation ist, eine Operation, die ein wahres Marterthum verhindert.

Seit diese Warnungen vor der Totalexstirpation veröffentlicht wurden, habe ich wieder viel häufiger zu meinen früheren Partialoperationen Zuflucht genommen; ich drainagirte wieder, schälte einzelne Knoten und Cysten aus, legte die Bruns'sche Fistel wieder an, indem ich die Hautwunde mit der Cysten-Wunde vernähte u. s. f.; allein es giebt Fälle, und das sind zwar die schlimmsten, wo man solche Partialoperationen nicht machen kann. Ich habe nun in 5 solchen Fällen in letzter Zeit sarkomatöse Kröpfe bis in die Tiefe blosgelegt und dann mit dem Thermocauter sehr langsam so amputirt, dass vielleicht ¼ oder ⅓ auf der Trachea sitzen blieb; vorzüglich schön verliefen jene Amputationen, wo nur ein einziger mittlerer Lappen recht gross hervorragte. Ich amputirte dann nur diesen Einen Lappen.

Arbeitet man mit dem Thermocauter oder mit der Galvanocaustik recht langsam, so kann die Amputation blutleer vorüber gehen.

Da gerade der gefährlichste Act, die Ablösung der Struma von der Trachea wegbleibt, so wird auch eine säbelscheideförmige verdünnte Trachea nie zusammenknicken.

Der Verlauf und die Heilung der Wunden, welche ich ganz offen klaffen liess, aber streng antiseptisch bedeckte, waren in allen 5 Fällen ganz tadellos und da die zurückgebliebenen Drüsenmassen deutlich schrumpften, so wage ich es, diese Amputation der Struma in geeigneten Fällen meinen verehrten Herren Collegen zur Prüfung zu empfehlen.

Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik des Prof. Heineke zu Erlangen.

III. Ueber das Aufsuchen metallischer Fremdkörper durch die Magnetnadel.

Von Dr. *Ernst Graser*, Privatdocent und Assistenzarzt.

Wenn Patienten zu uns kommen mit der Klage, sie hätten sich eine Nadel eingestossen, von der noch ein Stück an einer bestimmten Stelle stecke, so sind sie der Meinung, es sei für den Arzt eine Kleinigkeit, diesen Fremdkörper zu entfernen, wenn sie nur ihre Einwilligung zu einem kleinen Einschnitte geben. Indess wissen wir, dass ein Arzt, welcher diese Meinung entweder theilt oder ihr doch nicht, bevor er etwas unternimmt, entschieden entgegentritt, sich bei solchen Gelegenheiten in recht unangenehme Situationen bringen kann, indem er sich nach verschiedenen selbst grossen Incisionen oft ausser Stande erklären muss, den Fremdkörper zu entfernen. Es ist dies eine Thatsache, die nur derjenige einigermassen begreift, der selbst einige Erfahrungen in dieser Richtung gesammelt hat. Zunächst kommt es nicht selten vor, dass Patienten auf das

Bestimmteste behaupten, sie beherbergten noch einen Fremdkörper, während dies nicht der Fall ist; andererseits aber sind die Stücke oft so kurz und die Lage entspricht so wenig den Angaben und Vermuthungen, dass es von grossen Zufälligkeiten abhängt, dass man bei Incisionen auf dieselben stösst.

Es ist deshalb eine beherzigenswerthe Regel in den Fällen, in welchen man nicht ganz bestimmte Anhaltspunkte für das Vorhandensein und die Lage eines Fremdkörpers gewinnen kann, lieber von jedem Eingriffe abzustehen. Ist der Fremdkörper mit Infectionsträgern behaftet, so bildet sich rasch eine Eiterung, nach deren Incision die Auffindung und Beseitigung immer leicht gelingt. War der Fremdkörper ganz aseptisch, so verursacht sein Eindringen und Verbleiben meist keine Störungen; später wandern solche Körper häufig mehr und mehr nach der Oberfläche und können dann oft durch Betastung constatirt und mit geringer Mühe beseitigt werden. Verlangen aber die Patienten dringend einen Eingriff, so ist es rathsam, sie auf die mögliche Erfolglosigkeit aufmerksam zu machen und die Incision dann so anzulegen, dass man in querer Richtung gegen die angenommene Lage des Fremdkörpers vordringt, weil so am meisten Aussicht vorhanden ist, auf denselben zu stossen und die Schwierigkeit ja nur im Auffinden, selten in der Entfernung gelegen ist.

Nun kommen aber auch Patienten in unsere Behandlung, welche nicht sicher angeben können, ob ein Fremdkörper eingedrungen ist, die aber über Störungen klagen, welche den Gedanken an das Vorhandensein eines solchen nahelegen. In ähnlichen Schwierigkeiten befinden wir uns, wenn früher einmal ein Fremdkörper eingedrungen ist, der erst nach längerem Verweilen, eventuell auch Wandern Functionsstörungen (Schmerzen bei Bewegungen, Neuralgien, selbst tetanische Krämpfe) hervorruft.

Für diese Fälle lässt uns oft die eingehendste und sachkundigste Untersuchung im Stiche und hierbei bietet uns, wenn die Fremdkörper eiserne oder stählerne sind, der Nachweis mit Hülfe des Galvanometers oft eine überraschende Unterstützung.

Nachdem zuerst Kocher[1]) es gelungen war, mit Hilfe des Galvanometers einen Fremdkörper, der schwere Störungen verursacht hatte, nachzuweisen, wurde dieses Verfahren auch von anderer Seite erprobt und brauchbar befunden. Indess scheint die Methode doch im Ganzen noch wenig bekannt und geübt zu sein, so dass sich die Mittheilung eines recht prägnanten Falles aus hiesiger Klinik gewiss von selbst rechtfertigt.

Der 30jährige Patient, Packer in einem Nadelgeschäft, war ein Vierteljahr, bevor er bei uns eintrat, mit dem Arm in eine Kiste mit Nadeln gefallen und hatte sich eine Anzahl derselben eingespiesst. Er wurde im Krankenhause zu Coblenz siebenmal operirt, wobei es auch gelungen war, 4 Nadelstücke zu entfernen. Eine ganze Anzahl grosser tiefgreifender Narben am Vorderarm legt Zeugniss dafür ab, dass weder Arzt noch Patient die Anlegung grosser Einschnitte gescheut hatten, um die noch enthaltenen Nadelreste zu beseitigen. Nach einem Aufenthalt von 18 Wochen im Coblenzer Krankenhaus machte sich Patient auf die Wanderschaft, trat aber bereits nach acht Tagen wieder in die hiesige Klinik ein. Er versicherte mit aller Bestimmtheit, es seien noch zwei Nadelstücke in seinem Arm, die ihm bei jeder Bewegung grosse Schmerzen verursachten. Die Untersuchung an der von grossen Narbenzügen durchsetzten linken Ellbeugegegend ergab ausser localisirten Schmerzen keinerlei Anhaltspunkte.

Zu einer Operation ohne einen bestimmten Angriffspunkt konnte sich Prof. Heineke schwer entschliessen, da schon zu viele Spuren vergeblicher Eingriffe vorhanden waren und auch die Person und die Verhältnisse des Patienten derart waren, dass die Möglichkeit der Ausnutzung des früheren Unfalles zur Erreichung von Unterstützungen recht nahe lag.

Wir versuchten daher unter Mitwirkung des Herrn Prof. Wiedemann am hiesigen physikalischen Institut, ob es gelänge, mit Hilfe der Magnetnadel das Vorhandensein und eventuell auch die Lage eines metallischen Fremdkörpers nachzuweisen.

Der verwendete Apparat bestand in einem astatischen Nadelpaar von grosser Empfindlichkeit, welches an einem Coconfaden freischwebend aufgehängt war. Brachte man den Arm des Patienten nun ohne jede Vorbereitung in die Nähe der Nadel, so zeigte sie zwar eine leichte Unruhe, ohne dass jedoch eine bestimmte Einstellung derselben erfolgte. Nachdem aber der Arm zwischen die Pole eines sehr kräftigen Elektromagneten gebracht war, wurde sofort an einer bestimmten Stelle an der Innenseite des Armes der eine Pol der Nadel festgehalten und folgte allen Bewegungen des Armes, während der entgegengesetzte Pol eine kräftige Abstossung erfuhr. Kam man mit der Nadel in die Nähe dieser Stelle, so trat ein lebhaftes Zucken in derselben ein, welches auch inclinirende Bewegungen enthielt. Die Ergebnisse waren so entschieden, dass sie in der Klinik auf grössere Entfernung demonstrirt werden konnten. Es war dadurch also die Anwesenheit eines metallischen Fremdkörpers und die Lage eines Poles desselben constatirt; um aber über den Verlauf der Längsrichtung eine Auskunft zu gewinnen, musste man auch noch den anderen Pol aufzufinden suchen.

Hierin jedoch waren wir nicht so glücklich; die Nadel zeigte zwar auch bei Annäherung der Aussenseite des Armes an einigen Stellen eine geringe Anziehung, jedoch waren die Ergebnisse nicht so sicher und etwas inconstant. Dies konnte daher rühren, dass der andere Pol von einer zu dicken schlecht leitenden Schicht überdeckt war, oder von der störenden Wirkung, die durch ein zweites Nadelstück herbeigeführt wurde, indem vielleicht der Nordpol der zweiten Nadel in der Nähe des Südpols der ersten lag und so die Wirkung abschwächte.

Wir mussten uns also mit dem gewonnenen Resultate begnügen und machte Prof. Heineke in querer Richtung gegen den mit der grössten Wahrscheinlichkeit angenommenen Verlauf eine tiefe Incision, ohne jedoch die Nadel zu treffen. Nach längerem Suchen fand sie sich aber in unmittelbarer Nähe des Einschnittes, aber ganz parallel der Schnittrichtung in Muskelfasern eingebettet, worauf sie mit leichter Mühe extrahirt wurde.

Es kann also dieser Fall auch als Illustration für die Schwierigkeit und Unsicherheit der Aufsuchung ohne sichere Anhaltspunkte dienen. Das Nadelstück war 4 cm lang, stark oxydirt und ziemlich kräftig magnetisch. Unsere Absicht, nach Verheilung der Wunde das Suchen fortzusetzen, wurde durch das Fortgehen des Patienten vereitelt.

Der Fall bietet aber trotz der Unmöglichkeit der ganz genauen Bestimmung einen guten Beleg für die Brauchbarkeit des Verfahrens. Allerdings wird seine Anwendung auf Orte beschränkt bleiben, an denen ein grosser Elektromagnet zur Verfügung steht, denn ohne vorherige Magnetisirung gelingt der Nachweis nur bei sehr grossen Fremdkörpern.

Die möglichen Verfeinerungen und die Grenzen solcher Untersuchungen hat vor Kurzem Kälin[2]) in Zürich in einer Reihe von Experimenten festgestellt, auf die wir die sich näher Interessirenden verweisen.

[1]) Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte. 1884, S. 477.

[2]) Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. B. 25. S. 82.

Ueber Eileiterschwangerschaft und deren Therapie in den ersten Monaten, mit Mittheilung eines Falles von Ruptur, Exstirpation des Fruchtsackes mit Ausgang in Genesung.

Von Dr. *Carl Sandner.*

(Vortrag, gehalten im ärztlichen Verein zu München am 2. März 1887.)

M. H.! Zu den schwierigeren Capiteln der Geburtshilfe gehört gewiss das der Extrauterinschwangerschaft, sowohl bezüglich der Diagnose als der Therapie.

Die in der neuesten Zeit in den Vordergrund tretenden Bestrebungen, dieser heimtückischen Krankheit auf operativem Wege zu Leibe zu gehen, geben mir zugleich mit einem Falle, der mir in den letzten Wochen begegnete, Veranlassung, Sie um Ihr geneigtes Gehör zu ersuchen.

Das Vorkommen der Extrauterinschwangerschaft ist ja glücklicherweise kein sehr häufiges, doch kann man es, wie uns ein Blick in die Literatur zeigt, auch nicht als ein extrem seltenes bezeichnen. Es ist dies schwierig mit Zahlen zu belegen, doch möchte ich nur erwähnen, dass nach einer allgemeinen Statistik von Loew[1]) auf 4—500000 Geburten ein Fall extrauteriner Schwangerschaft kommt und dass unter Heranziehung von klinischen Berichten, wobei natürlich zu berücksichtigen ist, dass die meisten schwereren Fälle dort Hilfe suchen, Arneth auf 3542 klinische Geburten einen Fall von Eileiterschwangerschaft berechnet hat. Nach Bandl[2]) kamen in 7 Jahren an den drei Wiener Entbindungsanstalten und den Frauenkliniken von C. v. Braun und Spaeth unter 60000 Individuen 5 Fälle von Extrauterinschwangerschaft zur Beobachtung und Section.

In ätiologischer Beziehung ist von v. Hecker[3]) statistisch festgestellt, dass insbesondere Mehrgebärende, hauptsächlich dem III. und IV. Decennium angehörig, von diesem Missgeschick betroffen werden und zwar solche, bei denen nach der letzten Entbindung eine längere Pause in der Befruchtung eingetreten war, und von den Erstgebärenden waren es die, welche längere Jahre steril verheirathet gewesen. v. Hecker bezeichnet Sterilität und Tubenschwangerschaft als Coeffecte derselben Ursache. Diese Ursache sucht er in den meist vorhergegangenen entzündlichen Processen des Beckenperitoneums und der Tube selbst, wodurch Verwachsungen und dann Verlagerungen und Abknickungen der Tuben bedingt werden, so dass einem befruchteten Ei der Weg in den Uterus verlegt wird.

Ein anderes ätiologisches Moment haben wir in den Erkrankungen der Schleimhaut der Tube zu suchen. Nach Wyder's[4]) interessanten Studien über den Ort des Zusammentreffens von Ovulum und Spermatozoen erscheint es höchst wahrscheinlich, dass dieses in der Mehrzahl der Fälle in der Uterushöhle der Fall ist. Er begründet dies durch die Beobachtung, dass in der Uterushöhle der Flimmerstrom der Schleimhaut von unten nach oben gehe und so den Spermatozoen ihre Wanderung nach dem Ei erleichtere und ein in den Uterus gelangtes Ei festhalte, während in der Tube der Flimmerstrom vom abdominalen zum uterinen Ende gehe und hierdurch das weitere Vordringen der Spermatozoen erschwere und das Ei zum Uterus geschafft werde, wahrscheinlich durch den capillaren Strom allein, ohne Zuhilfenahme der Peristaltik der Tubenmusculatur. Ist nun die Tubenschleimhaut durch katarrhalische, gonorrhoische oder sonstige (tuberkulöse[5]) Erkrankung ihres Epithels[6]) beraubt, so kann ein dorthin gelangtes befruchtetes Ei an seiner Weiterbeförderung verhindert werden und sich nun an dieser Stelle entwickeln. In ganz seltenen Fällen waren kleine Polypen[7]) am uterinen Ende der Tube die Ursache, dass das Ei nicht in den Uterus gelangen konnte.

Gelangt nun ein befruchtetes Ei sei es aus diesem oder jenem Grunde nicht in die Uterushöhle, sondern nistet es sich an einer anderen Stelle ein, so haben wir es mit Extrauterinschwangerschaft zu thun, bei der man die drei Hauptformen: die Bauch-, Eierstock- und Eileiterschwangerschaft unterscheidet. Letztere weist je nach dem Sitze des Eies wieder drei Arten auf: die tubo-uterine oder interstitielle, die tubare im engeren Sinne und die tubo-abdominale.

Die häufigste und gefährlichste Form der Extrauterinschwangerschaft ist die Eileiterschwangerschaft und von dieser wieder die interstitielle und tubare im engeren Sinne.

Kommt ein befruchtetes Ei in der Tube nun zu weiterer Entwicklung, so bildet sich, wie sonst in der Uterushöhle, an der betreffenden Stelle eine Decidua vera und reflexa, und es treten die Erscheinungen wie bei normaler Schwangerschaft auf: der Uterus vergrössert sich, auch seine Schleimhaut wandelt sich in eine Decidua vera um, die Scheide lockert sich auf, die Brüste schwellen an, der Warzenhof pigmentirt sich, ebenso die Linea alba. Die Menstruation cessirt stets in den ersten Monaten, bei längerer Dauer der Gravidität sind zuweilen untypische Blutungen und seröse Ausscheidungen (Hennig l. c.) beobachtet; bei Unterbrechung der Schwangerschaft und bei eingetretenem Tode der Frucht stösst sich die Decidua vera uteri ab.

Ausserdem machen sich die Erscheinungen, welche durch den abnormen Fruchthalter und dessen weiteres Wachsthum bedingt sind, geltend.

Es können diese im Anfang völlig symptomlos vor sich gehen und erst bei weiterem Wachsthum vom zweiten und dritten Monat ab können und treten dann auch die Störungen auf. Dieselben geben sich entweder durch lebhafte Schmerzen kund, bedingt durch peritoneale Reizungen, oder durch Druckerscheinungen auf die Nachbarorgane, so insbesondere den Mastdarm, die Harnblase und die das Becken passirenden Nerven.

Das Wachsthum des Fruchthalters kann nach zwei Richtungen hin erfolgen, entweder gegen das Bauchfell oder gegen das Ligamentum latum. Bei der Armuth an Musculatur erscheint es von vornherein wahrscheinlich, dass die Tube einer bedeutenderen Ausdehnung nicht fähig ist und so naturgemäss in Bälde deren Ruptur eintreten muss, insbesondere wenn das Wachsthum gegen die Bauchhöhle zu statthat. Günstiger liegen die Verhältnisse, wenn das Ei nach dem Ligamentum latum zu wächst.

In diesem Falle ist ein weiteres Fortbestehen der Schwangerschaft nicht nur möglich, sondern es sind sogar Fälle [8]), allerdings nur 11 unter der grossen Zahl, sicher beglaubigt, wo hier die Schwangerschaft bis zum Ende gedieh. Die Ruptur, der gewöhnliche Ausgang der Eileiterschwangerschaft, tritt in der grössten Mehrzahl der Fälle in den ersten zwei Monaten, dann im dritten, seltener im vierten, ganz selten im fünften Monate ein.

Der Ausgang in Genesung ist möglich theils durch frühzeitiges Absterben des Fötus, sei es durch mangelhafte Entwickelung der Chorionzotten, durch Placentar-Apoplexien oder durch Entzündungen des Fruchtsackes, wonach der Fötus mit seinen Hüllen entweder zur Resorption gelangen kann oder beide auf dem Wege der Abscedirung durch die benachbarten Organe, Rectum, Blase, Scheide oder auch durch die Bauchdecken zur Elimination kommen, theils auch nach Ruptur.

[1]) Carl Hennig, Krankheiten der Eileiter und Tubenschwangerschaft. Stuttgart 1876.

[2]) L. Bandl, Krankheiten der Tuben in Billroth's Handbuch der Frauenkrankheiten. II. Band. Stuttgart 1877—79.

[3]) v. Hecker, Mon. f. Geb. XIII. p. 81.

[4]) Wyder, Beiträge zur Lehre von der Extrauterinschwangerschaft. Archiv für Gynaekologie. XXVIII. H. 3.

[5]) Oidtmann, Ueber graviditas tubaria. Centralbl. f. Gyn. 1885. p. 751.

[6]) Wyder (l. c.) III. und wahrscheinlich noch II. Fall.

[7]) Beck, Jll. med. Ztg. Bd. II. 1852 p. 291 u. Wyder's (l. c.) III. Fall. Ebendaselbst Kritik der anderen Fälle.

[8]) vide bei J. Veit, Die Eileiterschwangerschaft. Stuttgart 1884. pag. 31.

In diesen Fällen sind ganz ausserordentliche günstige Umstände mitwirkend, es kann z. B. der austretende Fötus die Rissstelle verlegen, oder es sind nach vorhergegangenen peritonitischen Entzündungen Pseudomembranen und Verlöthungen zurückgeblieben, die den Blutaustritt theils erschweren, theils durch gewissermassen schon vorgebildete und abgeschlossene Räume eine weitere Blutung unmöglich machen. Es sind dies wohl meist die Fälle, welche uns später als Hämatokele retrouterina wieder begegnen. Hat die Blutung in das Ligamentum latum stattgefunden, so kommt es zur Bildung eines Hämatoms.

Diese günstigen Ausgänge nach Ruptur sind jedoch, wie ich hernach durch die Casuistik belegen werde, die extrem seltensten; der gewöhnliche Ausgang nach Ruptur ist eine sich mehrfach wiederholende Blutung, der schliesslich die Kranke erliegt.

Die Diagnose mit Bestimmtheit in den ersten drei bis vier Monaten zu stellen, gehört fast zu den Unmöglichkeiten und gelingt nur ausnahmsweise, sagt Spiegelberg[9]) und es ist ihm, wenn man auch nicht soweit gehen will, doch sicher darin beizustimmen, dass die Diagnose sehr grosse Schwierigkeiten darbietet. Dies wird schon durch die zahlreichen diagnostischen Irrungen bewiesen, die von den gewandtesten Untersuchern begangen wurden. Unter den 150 Fällen Hennig's ist die Diagnose nur 15 Mal sicher und einmal fast sicher gestellt gewesen.

Die Diagnose baut sich auf den beiden Punkten auf, dass eine Schwangerschaft besteht und dass der Fruchthälter nicht der Uterus, sondern die Tube ist.

Bei der immensen Wichtigkeit, die eine frühzeitig und richtig gestellte Diagnose für das Leben der Patientin hat, wäre es äusserst wünschenswerth, wenn der Arzt möglichst bald gerufen würde. Das wird aber in den allermeisten Fällen, mit Ausnahme bei Ruptur, selten vor dem Ende des zweiten Monats der Fall sein. Denn einmal sind bis dahin, wie schon erwähnt, überhaupt keine Erscheinungen vorhanden oder die Beschwerden sind noch geringe, so dass die Schwangeren sie als natürliche Folgen ihres Zustandes betrachten. Wenn sie aber dann bei weiterem Wachsthum oder bei Entzündungserscheinungen auftreten, so pflegen sie gleich so heftig und anhaltend zu werden, wie sie sonst um diese Zeit nicht beobachtet werden[10]). Handelt es sich ausserdem um eine Patientin, bei der die besprochenen Unregelmässigkeiten der Foecundation bestehen, so ist es gewiss Pflicht des Arztes, der wenn auch seltenen Möglichkeit einer Extrauterinschwangerschaft zu gedenken und mit allen ihm zu Gebote stehenden Mitteln zu streben, die Sachlage zu erkennen.

Die Erscheinungen, die ihm begegnen, sind einmal die der Schwangerschaft, Ausbleiben der sonst regelmässigen Menstruation, Vergrösserung des Uterus, Beschaffenheit der Brüste, Pigmentirung der Warzenhöfe und der Linea alba, welch letztere Momente allerdings bei Mehrgebärenden nicht in Anbetracht kommen, bei diesen aber haben wir die subjectiven Schwangerschaftszeichen und gewöhnlich sind sie selbst ihres Zustandes sicher.

Ist die Schwangerschaft constatirt, so ist der zweite Beweis zu bringen, dass der vergrösserte Uterus leer und neben ihm sich der Fruchtsack befindet. Zum Beweise der Leere des Uterus wurde und wird noch (Zweifel) der Gebrauch der Sonde empfohlen. Doch erhoben sich dagegen stets warnende Stimmen, da es ja von vornherein unzulässig ist, den Uterus zu sondiren, wenn die Möglichkeit der Gravidität vorhanden. Es wird daher mit Recht vor dem Gebrauche der Sonde gewarnt, schon Kiwisch[11]) sprach sich dagegen aus, dann E. Fränkel[12]), Freund[13]) und Bandl[14]), weil es ein nicht ungefährliches Vorgehen ist, indem durch die Einführung der Sonde der Uterus zu Contractionen veranlasst werden kann, die sich auf den Fruchtsack forterstrecken und zur Ruptur führen können, und bei der Weichheit des Organs eine Perforation nicht ausserhalb der Möglichkeit liegt.[15])

Alsdann ist ein Tumor neben dem Uterus und mit diesem durch die Tube in Verbindung stehend nachzuweisen. Als Charakteristica hierfür werden von Fränkel[16]) angegeben seine längselliptische Form, eine keulenförmige, der Hämato- oder Hydrosalpinx ähnliche Gestalt, die scharfe Begrenzung des Fruchtsackes (Litzmann), sein geringerer Grad von Spannung im Vergleiche zu den anderen Ovarial- und Tubar-Tumoren und eine lebhaftere dort zu fühlende Pulsation (Veit); von grosser Wichtigkeit ist es, wenn es bei der Palpation gelingt, Contractionen des Fruchtsackes wahrzunehmen (Veit, Litzmann).

Die Untersuchung ist jedenfalls in Chloroformnarkose vorzunehmen, damit die Spannung der Bauchdecken ausgeschaltet wird und man mit äusserster Vorsicht vom Abdomen her untersuchen kann, denn es sind der Fälle nicht wenig, wo direct bei der Untersuchung eine Ruptur des Tumors verursacht wurde und zwar von sehr geübten Händen.

Man wird dabei all die Punkte nicht ausser Acht lassen dürfen, die einen irrezuführen geeignet sind, als Ovarial-Tubar-Tumoren, subseröse Fibrome, abgekapselte Exsudate, und gut thun, der schon vorgekommenen Irrthümer zu gedenken (Hennig l. c.), als Abort, Hämatokele retrouterina, Retroflexio uteri gravidi, Fibrome, Beckenabscesse, und nach eingetretener Ruptur: acute Vergiftung, Kolik, Cholera und Darmocclusion.[17]) [18])

Mit einem Worte, die Diagnose bietet die äussersten Schwierigkeiten und ist mit absoluter Sicherheit fast nur dann zu stellen, wenn die Decidua vera abgegangen ist, ein Ereigniss, das aber erst nach dem Fruchttode einzutreten pflegt.

Einfacher liegt die Diagnose, wenn die Ruptur schon erfolgt ist. Schröder[19]) hält die Diagnose für gesichert: Wenn bei einer sonst normal menstruirenden Frau die Regel ausgeblieben, sie selbst sich für schwanger hält, wenn plötzlich die Symptome der inneren Verblutung sich eingestellt, wenn sich um den vergrösserten Uterus grosse Massen von Blut nachweisen lassen und wenn unter mässiger uteriner Blutung eine deutlich zusammenhängende Decidua vera aus dem Uterus ausgestossen ist. Spiegelberg[20]) sagt: Zur Sicherheit gelangt man indess auch nach eingetrenerer innerer Blutung erst durch die Section.

Die Prognose der Eileiterschwangerschaft ist in Schröder's letztem Lehrbuch in auffallend günstiger Weise gestellt, er hält sie für besser als die der Abdominal- und Ovarialschwangerschaft und sagt, dass der tiefe Collaps nach Ruptur nur ausnahmsweise zum Tode führt und dass in vielen Fällen die Blutung doch noch steht. Dabei ist auf Veit's[21]) erste Mittheilungen über die Ursache der Haematokelenbildung hingewiesen. Veit hat damals nachgewiesen, dass 28 Proc. aller retrouterinen Haematokelen

---

[9]) Spiegelberg, Lehrb. d. Geburtshülfe. 1882. p. 300.

[10]) Ch. F. van Cauwenberghe, Des Grossesses Extra-uterine. Mémoire couronné. Bruxelles 1867. p. 191.

[11]) Kiwisch, Klin. Vorträge über sp. Path. u. Th. d. Krankh. d. weibl. Geschl. Prag 1852.

[12]) Ernst Fraenkel, Diagnose u. operat. Behandlg. d. Extrauterinschwangerschaft. Volkmanns klin. Vortr. No. 217 (Gyn. No. 60).

[13]) Verhandlung der gyn. Section der Naturforscher-Versammlung in Freiburg. Archiv f. Gyn. XXII p. 115.

[14]) l. c. p. 75.

[15]) Bandl, Wiener med. Wochenschrift 1874. No. 22.

[16]) l. c. p. 1587.

[17]) Wheeler, Centralbl. f. Gyn. IV. 1884 und [18]) Obolinski, ibidem 1886 p. 126.

[19]) l. c. p. 433.

[20]) l. c. p. 301.

[21]) Veit, Deutsche Zeitschr. f. prakt. Med. 1877. No. 34.

ihrer Ursprung in Ruptur von Tubarschwangerschaft gehabt haben.

Es ist jedoch in dieser günstigen Anschauung schon eine Reaction eingetreten und zwar, sagt Veit[22]) selbst in einer späteren Bearbeitung dieses Themas, nachdem er aus der neueren Literatur 21 Fälle von Ruptur mit tödtlicher Blutung zusammengestellt hat: »Nach Durchsicht der doch ziemlich zahlreichen Todesfälle in Folge von Verblutung möchte ich jetzt doch etwas anderer Anschauung sein.« Veit kommt nunmehr unter Berücksichtigung der Fälle von Haematokele retrouterina, die höchst wahrscheinlich einer rupturirten Tubenschwangerschaft ihr Entstehen verdanken, wobei er anrechnet, dass nach Zweifel's Statistik 18 Proc. der Haematokelen, bei denen kein operativer Eingriff stattfindet, tödlich enden, und unter Berücksichtigung der nur ganz approximativ zu schätzenden Fälle von Verblutungstod nach Ruptur zu dem Endresultat, dass höchstens die Hälfte der Frauen, die an Tubenschwangerschaft leiden, genesen werden.

Ich möchte hier betonen, dass in den Lehrbüchern, wo es sich um die Prognose der Extrauterinschwangerschaft handelt, stets Hecker's Mortalitätsziffer für die abdominalen Schwangerschaften, die nur 42 Proc. beträgt, genannt wird, seine Zahlen für interstitielle und tubare Schwangerschaften, die ein ganz anderes Mortalitätsverhältniss aufweisen, aber nicht erwähnt werden.

Um nun meine oben ausgesprochene Behauptung von der grossen Gefährlichkeit der Tubenschwangerschaft überhaupt und der Ruptur insbesondere zu bekräftigen, muss ich Sie mit einigen casuistischen Daten belästigen. Das erscheint mir aber noch aus dem weiteren Grunde sehr wichtig, da zu befürchten sein dürfte, dass die so überaus günstig gestellte Prognose in Schröder's Lehrbuch, Veranlassung zu einer zu weit gehenden exspectativen oder symptomatischen Behandlung geben möchte.

Ich gebe vollkommen zu, dass die meisten der zu nennenden Fälle einer Zeit entstammen, in der die bimanuelle Untersuchung noch nicht allgemein durchgeführt war und die heutige Vollkommenheit noch nicht hatte, und dass, wenn man die dadurch übersehenen Fälle von Haematokele retrouterina, soweit sie durch Tubenruptur bedingt sind, abrechnet, das Mortalitätsverhältniss etwas günstiger wird; ein unendlich grosses wird es gleichwohl bleiben. Es ist dabei aber dann auch der Umstand im Auge zu behalten, dass gewöhnlich nicht alle Fälle, die schlimm enden, publicirt werden, so dass begünstigende und ungünstige Momente sich so ziemlich das Gleichgewicht halten dürften. Komme ich nun zur Casuistik.

Kiwisch (l. c.) hat ohne besondere Auswahl 100 Fälle von Extrauterinschwangerschaft zusammengestellt.

Von diesen sind 82 gestorben und zwar 49 nach Ruptur, 17 nach mehr oder weniger acuter Peritonitis, 4 nach Peritonitis bei längerer Retention der Frucht und 9 nach begonnener oder vollendeter Perforation. Den grössten Procentsatz der Todesfälle dürfen wir wohl ohne Zweifel auf Kosten der tubaren Fälle rechnen, da diese es sind, die meist mit Ruptur enden. Kiwisch sagt auch selbst (l. c. p. 253), dass bei den Tubarschwangerschaften für die Kranken in den ersten Wochen und Monaten die grösste Gefahr durch Berstung des Fruchtsackes besteht, und dass, wenn auch diese nicht eintritt, das Leben bei jeder weiteren Entwickelungsperiode der Schwangerschaft durch auftretende Peritonitiden ununterbrochen bedroht bleibt.

Cauwenberghe, der Verfasser einer gekrönten Preisschrift über Extrauterinschwangerschaft hat unter 235 Fällen (l. c. p. 202): 33 Fälle interstitieller Schwangerschaft, die sämmtlich durch Ruptur tödlich endeten. Unter 46 Fällen rein tubarer Schwangerschaft trat 28 mal tödtliche Ruptur ein, 1 mal Ruptur einer Vene und sonst noch 4 mal der Tod.

Von 300 Fällen (l. c. p. 251) extrauteriner Schwangerschaft, von denen ihm der Ausgang bekannt ist, sind 170 gestorben, 130 geheilt.

Unter den 170 gestorbenen waren 29 tubare, 17 interstitielle, 26 ovariale und 33 abdominale, 65 hatten die normale Schwangerschaftsdauer überschritten (Spätgeburten, grossesses anciennes).

Unter den 130 geheilten waren nur 4 tubare, 1 ovariale und 10 abdominale und 115 Grossesses anciennes.

Worunter diese 65 + 115 = 180 Fälle von Grossesse ancienne zu subsumiren sind, ist leider nicht angegeben. Doch dürfte ein gutes Theil derselben auf die abdominale Schwangerschaft fallen, denn nach einer weiteren Zusammenstellung hatten von 128 Fällen abdominaler Schwangerschaft 85 diese lange Dauer. Von diesen 85 sind 56 geheilt und 29 gestorben, während von den anderen 43 nur 10 geheilt und 33 gestorben sind.

Cauwenberghe spricht sich daher prognostisch dahin aus, dass je länger die Extrauterinschwangerschaft dauert, desto besser die Prognose. Die interstitiellen Formen sind die schlimmsten, sie endeten alle tödlich, die tubaren stehen bezüglich der Gefahren, denen die Mutter ausgesetzt ist, den interstitiellen am nächsten, doch ist sie nicht unfehlbar dem Tode verfallen, vorausgesetzt, dass keine Kunsthilfe geleistet wird. — Die Ruptur tritt stets ein bei den interstitiellen Schwangerschaften, sie ist die Regel bei den tubaren, nicht weniger zahlreich bei den ovarialen, während sie bei den abdominalen Schwangerschaften die Ausnahme bildet.

Bei den interstitiellen Schwangerschaften trat die Ruptur nach 4—5 Wochen, auch erst nach 4—5 Monaten, am hänfigsten im 3. Monat ein, bei den tubaren zwischen 5. und 7. Woche, aber gewöhnlich im 3. und 4. Monat. Als gewöhnliche Folge der Ruptur bezeichnet er den Tod, wird sie überlebt, so stellt sich meistens eine tödlich verlaufende Peritonitis ein.

Hecker (l. c.) hat 64 Fälle tubarer Schwangerschaft gesammelt. Sämmtliche Fälle mit Ausnahme eines einzigen endeten lethal, die Ruptur trat in der grösseren Anzahl in den ersten 2 Monaten, dann am nächst häufigsten im 3., seltener im 4. und vereinzelt im 5. Monat noch ein.

Von interstitieller Schwangerschaft hat er 26 Fälle, die alle einen tödlichen Ausgang hatten, und zwar trat die Ruptur meistens im 3. Monat ein. Von den schon erwähnten Abdominal-Schwangerschaften: 132 an der Zahl, sind 76 genesen, also 42 Proc. Mortalität.

Ernst Fränkel (l. c.) hat 98 Fälle von Extrauterinschwangerschaft aus den Jahren 1877—1881 gesammelt, darunter waren 42 tubare, 26 abdominale, 8 ovariale und 22 von unbestimmbarem Sitz. Bei den 42 Tubarschwangerschaften fand er 23 mal Ruptur in den ersten 4 Monaten notirt, bei den 26 abdominalen 1 mal im 3. Monate und unter den 8 ovarialen 1 mal in der 12. Woche.

Von den 150 Fällen von Eileiterschwangerschaft von Hennig (l. c.) sind nur 17 von ihrem Leiden befreit und am Leben geblieben, darunter sind noch 9 von nur wahrscheinlicher Diagnose; alle anderen, also 88 Proc., sind über kurz oder lang erlegen und zwar starben durch Ruptur und innere Verblutung 81, die übrigen an Pyaemie, Sepsis, Peritonitis, Abzehrung etc. Die Prognose also lautet hier: Genesung in 4,6 Proc. bei sich selbst überlassenen Fällen und in 7,3 Proc. nach operativen Eingriffen, bestehend theils in Punction des Fruchtsackes, Injection von Morphium, theils in Unterstützung der natürlichen Eliminationsbestrebungen.

Wenn ich noch zum Schlusse die bei Spiegelberg erwähnte Statistik von Puech[23]) nenne, so erfolgte dort in 100 Fällen von Eileiterschwangerschaft 98 mal Ruptur und 97 mal der Tod, ausserdem noch 2 mal der Tod auf andere Weise.

Spiegelberg bezeichnet daher und es ist ihm nach all' dem, was ich hier angeführt, wohl vollständig beizupflichten, die Prognose als eine höchst ungünstige für Mutter und Kind.

[22]) J. Veit, Die Eileiterschwangerschaft p. 40 u. folg.

[23]) Courty, Mal. de l'Uterus. 1866. p. 994—996.

Dieses traurige Bild, das sich bei genauerer Betrachtung des Ausganges dieser heimtückischen Erkrankung vor unseren Augen entrollt, fordert uns dringend auf, mit besseren und energischeren Mitteln, als den bislang angewandten, dieser vernichtenden Krankheit entgegenzutreten.

(Schluss folgt.)

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Cystoma ovarii sinistri., Peritonit., Graviditas (III. Mon.). Laparotomie. Heilung. Mitgetheilt von Dr. Heilbrun (Kassel).

Frau M., 30 Jahre alt, war in ihrer Kindheit stets gesund gewesen. Periode regelmässig, alle 4 Wochen, stark, 3 Tage lang. Sie hat 5 mal spontan entbunden und war im Wochenbett stets gesund. Letzte Entbindung vor 2 Jahren. — Seit 10 Monaten bildet sich eine Geschwulst im Leib, die nach und nach an Umfang zunimmt; Patientin hat das Gefühl, als ob dieselbe auf und nieder stiege. In letzter Zeit machte die Geschwulst Beschwerden, Schmerzen im Leib, fieberhafte Erscheinungen, Appetitlosigkeit und allgemeines Unbehagen. Periode ist seit 3½ Monaten ausgeblieben. —

Eine grosse, etwas anämische Blondine, die an Lungen und Herzen nichts Abnormes darbot. Temperatur 38,4. Abdomen hervorgewölbt, namentlich auf der rechten Unterleibshälfte durch einen mannskopfgrossen, beweglichen, unregelmässigen Tumor, der nach oben bis über Nabelhöhe reicht und etwas die Lin. alba nach Links überschreitet. Fluctuation nicht vorhanden, über dem Tumor überall Dämpfung, die nach Links in tympanitischen Ton übergeht. Vagina weit, glatt, lang. Portio cylindrisch, weich. MM. offen. Corpus uteri retrovertirt, beweglich, vergrössert. Rechts vom Uterus fühlt man das untere Segment des Tumors, der die ganze rechte Beckenhälfte einnimmt und sich leicht nach oben empordrängen lässt.

Die Schmerzen und Temperatursteigerung liessen auf peritonitische Reizung schliessen. Da der Tumor in letzter Zeit zusehends wuchs und für die spätere Entbindung vielleicht Gefahren brachte, so schlug ich die Entfernung der Geschwulst vor, welche auch sofort acceptirt wurde.

Ovariotomie am 2. IX. 1886. Schnitt in der Lin. alba, 8—10 cm lang. Nach Eröffnung der Bauchhöhle — das Peritoneum wird an die Haut angenäht — liegt der Tumor sofort zu Tage. Derselbe ist vom Netz, welches stark verdickt ist, fest überzogen. Zahlreiche grosse Gefässe ziehen über denselben hin. Als der Versuch gemacht wurde, den Tumor an den Seiten behufs Hervorwälzung zu umgreifen, gelang dies nicht, weil auf beiden Seiten die Darmschlingen mit dem Tumor verwachsen waren. Nach unten ist der Tumor mit der vorderen Bauchwand verwachsen und bildet eine Tasche. Die Cyste wurde nun in situ angestochen; es entleert sich etwas braune Flüssigkeit. Mit Klammern wird die Cyste hervorgezogen, wobei die adhärenten Darmschlingen mit hervorstürzen. Nun werden vorsichtig die Darmschlingen lospräparirt und das Netz grösstentheils resecirt. Der Tumor hängt nur noch an einem sehr langen, kleinfingerdicken Stiel, der zweimal torquirt ist. Derselbe wird doppelt unterbunden, jodoformirt und versenkt. Man fühlt den retrovertirten vergrösserten Uterus.

Vollkommen fieberfreier Verlauf, höchste Temp. 37,8°. Nach 14 Tagen geheilt entlassen. Die Untersuchung der Geschwulst, welche Herr Prof. Marchand in Marburg vorzunehmen die Güte hatte, ergab eine grosse Cyste mit mehreren kleinen Nebencysten mit glatter Wand. Der Inhalt der letzteren ergab zweifellos, dass es sich um Dermoide handelt. Die Masse bestand aus Fett, Epidermiszellen und zahlreichen Haaren. Das Epithel der grösseren Cyste fehlte bereits, die Wand ist fibrös. Die ganze Masse der übrigen Geschwulst war sehr stark hämorrhagisch infiltrirt, was auf die stattgehabte Stieltorsion hinwies.

Am 4. III. 1887 spontane Geburt eines ausgetragenen Mädchens.

Feuilleton.

Die Aerzte in der Gewerbeordnung.

Von Dr. *Brauser*.

Gegen die Gewerbeordnung des deutschen Reiches und die in derselben enthaltenen Bestimmungen über die gewerbsmässige Ausübung der Heilkunde scheint sich ein neuer Ansturm aus ärztlichen Kreisen anzubahnen. Diesmal bilden die sächsischen ärztlichen Vereine die Vorhut des Angriffes, wie aus den Mittheilungen des Correspondenzblattes der ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine im Königreich Sachsen vom 15. März 1887 hervorgeht. Den Hauptanstoss zu der jetzigen Bewegung, die sich übrigens längst überall vorbereitet hat, gab wohl die Entscheidung des sächsischen Landesministeriums über die Frage der Zulassung von Laien, also nicht approbirten Aerzten zur Behandlung von Mitgliedern der auf Grund des Reichsgesetzes über die Krankenversicherung der Arbeiter gebildeten Krankencassen, besonders seit der Bundesrath ein Ersuchen des sächsischen Medicinalvereines ablehnte, welches eine Interpretation des § 6 des Krankencassengesetzes dahin wünschte, dass unter der dort zugesicherten freien ärztlichen Behandlung die Behandlung durch approbirte Medicinalpersonen zu verstehen sei.

Durch diesen Entscheid ist allerdings den Curpfuschern eine bedeutende Concession gemacht worden, die Stellung der approbirten Aerzte jedoch in der empfindlichsten Weise beeinträchtigt. Dass solche Thatsachen den schwerbedrängten ärztlichen Stand nicht nur hochgradig in Aufregung versetzen, sondern auch zu abwehrenden Bestrebungen veranlassen mussten, ist gewiss vollkommen gerechtfertigt und es fragt sich nur, welches der richtige Weg ist, um gegen diese entschiedenen Schädigungen unserer socialen Stellung vorzugehen.

Nachdem ich mich schon seit Erlass der Reichsgewerbeordnung wiederholt entschieden gegen die in derselben enthaltenen Bestimmungen über die Ausübung der Heilkunde ausgesprochen und von jeher eine energisch protestirende Stellung gegenüber der Einreihung der Aerzte unter die Gewerbetreibenden und der Freigabe des Heilgewerbes eingenommen habe, halte ich mich für berechtigt, auch im jetzigen Augenblicke meine Anschauungen öffentlich kundzugeben, in einem Zeitpunkte, der die endliche Lösung der Frage zu einer dringlichen und unaufschiebbaren gemacht hat.

Es ist mir geradezu unbegreiflich, wie bei dem klaren Wortlaute und der unbestreitbaren Tendenz des Gesetzes über die Krankenversicherung der Arbeiter das k. sächsische Staatsministerium des Innern die Entscheidung treffen konnte, dass die Krankencassen zwar verpflichtet seien, ihren Mitgliedern die Behandlung eines approbirten Arztes zu gewähren, dass aber das Cassenmitglied im Erkrankungsfalle auch die Hülfe einer anderen Person unter Zustimmung des Cassenvorstandes oder der Cassenverwaltung in Anspruch nehmen dürfe, eine Entschliessung, welche durch den Ausspruch des Bundesrathes gegenüber einer Petition des sächsischen Medicinalvereines um eine Interpretation des § 6 des Krankencassengesetzes sanctionirt wurde. Durch diese Vorgänge ist allerdings die Frage für den gesammten ärztlichen Stand eine brennende geworden.

Die Bestimmungen des Gesetzes über die Krankenversicherung der Arbeiter lassen doch gewiss keinen Zweifel, keine Unklarheit aufkommen, wenn sie im § 6 dem erkrankten Arbeiter freie ärztliche Behandlung zusichern. Der Begriff Arzt und ärztliche Behandlung kann doch unmöglich einer weiteren Ausdehnung fähig sein, nachdem gerade die Bezeichnung »Arzt« noch das einzige Kriterium ist, welches uns der § 29 der Gewerbeordnung zum Unterschied von den ungebildeten, die Heilkunde gewerbsmässig betreibenden Curpfuschern übrig gelassen hat, und auch diese Concession wird uns jetzt wieder gewaltsam entrissen.

Und was ist denn die Tendenz, die wohlmeinende Absicht dieser grossen Schöpfung auf dem socialpolitischen Gebiete, des Krankencassengesetzes?

Dem erkrankten Arbeiter, welcher bisher in den meisten Fällen einer sicheren Krankenunterstützung entbehren musste

und bei seiner Mittellosigkeit zur Wiedererlangung seiner Gesundheit und Erwerbsfähigkeit die nöthigen Mittel sich nicht verschaffen konnte, oder nur auf die Humanität des ärztlichen Standes angewiesen war, wird durch das Gesetz eine wenigstens die äusserste Noth abwendende Krankenunterstützung und freie ärztliche Behandlung zugesichert. Es liegt doch wohl nicht nur im eigensten Interesse des Kranken, sondern auch im Interesse der Cassen selbst, dass die erkrankten Cassenmitglieder möglichst rasch und sicher wieder ihrer Erwerbsfähigkeit entgegengeführt werden. Zugleich ist es für die Cassen von höchster Wichtigkeit, dass die Krankheit möglichst rasch und sicher erkannt werde, dass die häufig vorkommenden Fälle von Simulation möglichst bald entlarvt werden, dass der Kranke weder zu früh für arbeitsfähig erklärt wird, weil dann ein Rückfall oder eine Steigerung der primären Erkrankung leichter ermöglicht wird, noch zu spät, weil darunter gleichfalls die financiellen Verhältnisse der Cassa leiden. Ist ein Laie, ein Pfuscher im Stande, alle diese Forderungen zu erfüllen? Gehört nicht vielmehr zur genauen Controle, zur Sicherung der Casse vor financieller Schädigung einzig und allein die sachgemässe Ueberwachung durch einen gebildeten Arzt, die ausschliessliche ärztliche Behandlung, wenn die Cassen nicht enormen Schaden leiden wollen?

Die Zulassung von Laien als Cassenärzte würde meiner sicheren Ueberzeugung nach nicht nur die Existenz der Krankencassen selbst, sondern auch den Erfolg des ganzen so wohlgemeinten Gesetzes in Frage stellen, und es ist mir ganz undenkbar, dass die Auffassung nicht allseitig durchdringen sollte, wo mit ruhigem, objectivem Blicke die ganzen Verhältnisse überschaut werden.

In der Reichstagssitzung vom 28. März hat ein Reichstagsabgeordneter Dr. Götz bei Berathung des Etats für das Reichsamt des Inneren sich über die Verwendung von Nichtärzten zur Ausübung der Heilkunst bei den Krankencassen in Sachsen beschwert, und bei dieser Gelegenheit an die verbündeten Regierungen die Anfrage gerichtet, ob sie einer Aenderung des Gewerbegesetzes insoweit nahe treten wollen, als die Behandlung von Kranken in Zukunft wieder an den Besitz eines Befähigungsnachweises, einer Approbation geknüpft wird.

Der Bundesbevollmächtigte Staatssecretär v. Bötticher erklärt, »dass der Bundesrath das Ersuchen des sächsischen Medicinalvereines abgelehnt habe, welches eine Interpretation des § 6 des Krankencassengesetzes dahin wünschte, dass unter der dort zugesicherten freien ärztlichen Behandlung die Behandlung durch approbirte Medicinalpersonen zu verstehen sei. Es sei nicht durch das Krankencassengesetz sondern durch die Gewerbeordnung festzustellen, wer zur Ausübung der ärztlichen Praxis berechtigt ist, und es liege kein Grund vor, dem Bestreben, das noch vielfach im Volke herrscht, an Stelle approbirter Aerzte andere Personen zur Hülfe zuzuziehen, entgegenzutreten.«

Als ob nicht gerade im Krankencassengesetze durch den klaren, gar nicht misszuverstehenden Wortlaut des § 6 ganz genau festgestellt wäre, wer zur Behandlung erkrankter Cassenmitglieder berechtigt ist! und als ob die Dummheit und der beschränkte Bildungsgrad eines grossen Theiles des Volkes solche Berücksichtigung verdiene, und nicht gerade die Staatsbehörde als oberste Wächterin der Gesundheit des Volkes verpflichtet wäre, die unverständigen Massen prophylaktisch vor Schädigungen ihrer Gesundheit, ihres körperlichen Wohles zu behüten?!

Derselbe Herr Staatssecretär von Bötticher war es, welcher in seinem Antwortschreiben vom 8. Juli 1886 an den Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes (ärztliches Vereinsblatt 1886 pag. 265, 266) die Worte schrieb: »Wie mir scheint, ist von den Aerztevereinen und dem Aerztetage bei ihren Erwägungen bisher nicht in vollem Maasse gewürdigt worden, welche Bedeutung der Bestimmung des Krankenversicherungsgesetzes beiwohnt, dass jede auf Grund dieses Gesetzes errichtete Krankenkasse ihren Mitgliedern freie ärztliche Behandlung gewähren muss. Dadurch wird die Zuziehung eines Arztes bei jeder Krankheit auch in solchen Kreisen zur Regel, in denen sie bisher theils aus Gleichgiltigkeit, theils wegen mangelnder Mittel gar nicht oder nur im höchsten Nothfalle stattfand.« Der Herr Staatssecretär wollte uns damit die grossen Vortheile nachweisen, welche für den ärztlichen Stand aus dem Krankenkassengesetze resultiren, und jetzt — wie schwer geschädigt wird nicht nur der ärztliche Stand, sondern auch die Krankencassen selbst, wenn von höchster Stelle die Behandlung von Cassenmitgliedern durch Laien für zulässig erklärt wird. Schon die einzige Aeusserung des Herrn Staatssecretärs in der Reichstagssitzung vom 28. März wird unabsehbare Folgen haben und dem Curpfuscherthum ganz erheblichen Vorschub leisten.

Ganz anders hat sich in dieser Frage unsere k. bayerische Staatsregierung ausgesprochen.

Die niederbayerische Aerztekammer vom J. 1885 hatte den Antrag gestellt: »Gestützt auf die Wahrnehmung, dass wiederholt von Seite der Krankenkassen ärztlichen, nicht approbirten Personen die Behandlung der Kassenangehörigen übertragen wurde, beantragt die Kammer, die hohe Staatsregierung wolle Anordnung erlassen, dass nur approbirte Personen nach Maassgabe ihrer zuständigen Befugnisse als Krankencassen- und Unfallversicherungsärzte fungiren können.«

Die Antwort der k. Staatsregierung lautete:

»Der Erlass einer allgemeinen Anordnung, dass nur approbirte Personen nach Maassgabe ihrer zuständigen Befugnisse als Krankencassen- und Unfallversicherungsärzte fungiren können, erscheint im Hinblick auf § 6, Ziffer 1 des Reichsgesetzes vom 15. Juni 1883, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, und auf die Motive zu § 5 des Unfallversicherungsgesetzes für das deutsche Reich vom 6. Juli 1884 im Zusammenhalte mit § 29 der Reichsgewerbeordnung, inhaltlich dessen die Bezeichnung »Arzt« und »ärztlich« lediglich auf bestimmte approbirte Medicinalpersonen anzuwenden ist, nicht veranlasst.«

Unsere k. bayerische Staatsregierung steht also ganz auf dem von mir oben präcisirten Standpunkte, dass der Wortlaut des § 6 des Krankencassengesetzes über die Verpflichtung der Cassen, ihren erkrankten Mitgliedern freie ärztliche Behandlung angedeihen zu lassen, keinem Zweifel unterliegen könne.

Trotz dieser bereits vorliegenden strikten Erklärung unsrer Staatsregierung haben mehrere Aerztekammern des Jahres 1886 auf meinen Antrag wiederholt an dieselbe das Ersuchen um authentische Interpretation der betreffenden Bestimmungen des Reichskrankencassengesetzes gestellt, und sehen wir der allerhöchsten Entschliessung auf dieses erneuerte Ansuchen noch entgegen.

Eine baldige definitive Entscheidung über diese für unsere sociale Stellung so hochwichtige Frage ist dringend wünschenswerth und dieselbe herbeizuführen bezweckt die von den ärztlichen Vereinen in Sachsen angebahnte Bewegnng. Die Entscheidung der Frage, ob zur Behandlung von Mitgliedern der gesetzlich organisirten Krankencassen nur approbirte Aerzte oder auch Laien berechtigt seien, wird zu einem neuen Ansturm auf die Bestimmungen der Gewerbeordnung, welche die Ausübung des Heilgewerbes freigegeben haben, benutzt und zwar mit vollem Rechte, denn gerade durch diese Auslegung des Reichskrankengesetzes ist die Freigabe des Heilgewerbes so recht ad absurdum geführt und der grosse Fehler, der damit in der Gesetzgebung gemacht worden ist, in das grellste Licht gestellt worden.

Drastischer konnte die Unhaltbarkeit jener Bestimmungen gar nicht gekennzeichnet werden, als durch die Zulassung von Laien zur Behandlung von Mitgliedern der gesetzlich organisirten Krankencassen, wodurch der ganze auf den edelsten Grundsätzen der Humanität errichtete, aber noch sehr empfindliche Bau der socialen Gesetzgebung einen erschütternden Stoss erleiden wird.

Ob nun der von den sächsischen Vereinen vorgeschlagene Weg einer Abänderung der Bestimmnng der Gewerbeordnung der richtige ist, wird eine eingehende Prüfung dieses Vorschlags durch den ärztlichen Stand selbst in seinen Einzelvertretungen, den Vereinen, wie in seiner Gesammtvertretung, dem deutschen Aerztetag, ergeben. Ich möchte in diesen Zeilen einerseits zur allseitigen umsichtigen Prüfung dieses Schrittes Anregung geben,

Dieses traurige Bild, das sich bei genauerer Betrachtung des Ausganges dieser heimtückischen Erkrankung vor unseren Augen entrollt, fordert uns dringend auf, mit besseren und energischeren Mitteln, als den bislang angewandten, dieser vernichtenden Krankheit entgegenzutreten.

(Schluss folgt.)

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Cystoma ovarii sinistri., Peritonit., Graviditas (III. Mon.). Laparotomie. Heilung. Mitgetheilt von Dr. Heilbrun (Kassel).

Frau M., 30 Jahre alt, war in ihrer Kindheit stets gesund gewesen. Periode regelmässig, alle 4 Wochen, stark, 3 Tage lang. Sie hat 5 mal spontan entbunden und war im Wochenbett stets gesund. Letzte Entbindung vor 2 Jahren. — Seit 10 Monaten bildet sich eine Geschwulst im Leib, die nach und nach an Umfang zunimmt; Patientin hat das Gefühl, als ob dieselbe auf und nieder stiege. In letzter Zeit machte die Geschwulst Beschwerden, Schmerzen im Leib, fieberhafte Erscheinungen, Appetitlosigkeit und allgemeines Unbehagen. Periode ist seit $3^1/_2$ Monaten ausgeblieben. —

Eine grosse, etwas anämische Blondine, die an Lungen und Herzen nichts Abnormes darbot. Temperatur 38,4. Abdomen hervorgewölbt, namentlich auf der rechten Unterleibshälfte durch einen mannskopfgrossen, beweglichen, unregelmässigen Tumor, der nach oben bis über Nabelhöhe reicht und etwas die Lin. alba nach Links überschreitet. Fluctuation nicht vorhanden, über dem Tumor überall Dämpfung, die nach Links in tympanitischen Ton übergeht. Vagina weit, glatt, lang. Portio cylindrisch, weich. MM. offen. Corpus uteri retrovertirt, beweglich, vergrössert. Rechts vom Uterus fühlt man das untere Segment des Tumors, der die ganze rechte Beckenhälfte einnimmt und sich leicht nach oben empordrängen lässt.

Die Schmerzen und Temperatursteigerung liessen auf peritonitische Reizung schliessen. Da der Tumor in letzter Zeit zusehends wuchs und für die spätere Entbindung vielleicht Gefahren brachte, so schlug ich die Entfernung der Geschwulst vor, welche auch sofort acceptirt wurde.

Ovariotomie am 2. IX. 1886. Schnitt in der Lin. alba, 8—10 cm lang. Nach Eröffnung der Bauchhöhle — das Peritoneum wird an die Haut angenäht — liegt der Tumor sofort zu Tage. Derselbe ist vom Netz, welches stark verdickt ist, fest überzogen. Zahlreiche grosse Gefässe ziehen über denselben hin. Als der Versuch gemacht wurde, den Tumor an den Seiten behufs Hervorwälzung zu umgreifen, gelang dies nicht, weil auf beiden Seiten die Darmschlingen mit dem Tumor verwachsen waren. Nach unten ist der Tumor mit der vorderen Bauchwand verwachsen und bildet eine Tasche. Die Cyste wurde nun in situ angestochen; es entleert sich etwas braune Flüssigkeit. Mit Klammern wird die Cyste hervorgezogen, wobei die adhärenten Darmschlingen mit hervorstürzen. Nun werden vorsichtig die Darmschlingen lospräparirt und das Netz grösstentheils resecirt. Der Tumor hängt nur noch an einem sehr langen, kleinfingerdicken Stiel, der zweimal torquirt ist. Derselbe wird doppelt unterbunden, jodoformirt und versenkt. Man fühlt den retrovertirten vergrösserten Uterus.

Vollkommen fieberfreier Verlauf, höchste Temp. 37,8°. Nach 14 Tagen geheilt entlassen. Die Untersuchung der Geschwulst, welche Herr Prof. Marchand in Marburg vorzunehmen die Güte hatte, ergab eine grosse Cyste mit mehreren kleinen Nebencysten mit glatter Wand. Der Inhalt der letzteren ergab zweifellos, dass es sich um Dermoide handelt. Die Masse bestand aus Fett, Epidermiszellen und zahlreichen Haaren. Das Epithel der grösseren Cyste fehlte bereits, die Wand ist fibrös. Die ganze Masse der übrigen Geschwulst war sehr stark hämorrhagisch infiltrirt, was auf die stattgehabte Stieltorsion hinwies.

Am 4. III. 1887 spontane Geburt eines ausgetragenen Mädchens.

Feuilleton.

Die Aerzte in der Gewerbeordnung.

Von Dr. *Brauser*.

Gegen die Gewerbeordnung des deutschen Reiches und die in derselben enthaltenen Bestimmungen über die gewerbsmässige Ausübung der Heilkunde scheint sich ein neuer Ansturm aus ärztlichen Kreisen anzubahnen. Diesmal bilden die sächsischen ärztlichen Vereine die Vorhut des Angriffes, wie aus den Mittheilungen des Correspondenzblattes der ärztlichen Kreis- und Bezirksvereine im Königreich Sachsen vom 15. März 1887 hervorgeht. Den Hauptanstoss zu der jetzigen Bewegung, die sich übrigens längst überall vorbereitet hat, gab wohl die Entscheidung des sächsischen Landesministeriums über die Frage der Zulassung von Laien, also nicht approbirten Aerzten zur Behandlung von Mitgliedern der auf Grund des Reichsgesetzes über die Krankenversicherung der Arbeiter gebildeten Krankencassen, besonders seit der Bundesrath ein Ersuchen des sächsischen Medicinalvereines ablehnte, welches eine Interpretation des § 6 des Krankencassengesetzes dahin wünschte, dass unter der dort zugesicherten freien ärztlichen Behandlung die Behandlung durch approbirte Medicinalpersonen zu verstehen sei.

Durch diesen Entscheid ist allerdings den Curpfuschern eine bedeutende Concession gemacht worden, die Stellung der approbirten Aerzte jedoch in der empfindlichsten Weise beeinträchtigt. Dass solche Thatsachen den schwerbedrängten ärztlichen Stand nicht nur hochgradig in Aufregung versetzen, sondern auch zu abwehrenden Bestrebungen veranlassen mussten, ist gewiss vollkommen gerechtfertigt und es fragt sich nur, welches der richtige Weg ist, um gegen diese entschiedenen Schädigungen unserer socialen Stellung vorzugehen.

Nachdem ich mich schon seit Erlass der Reichsgewerbeordnung wiederholt entschieden gegen die in derselben enthaltenen Bestimmungen über die Ausübung der Heilkunde ausgesprochen und von jeher eine energisch protestirende Stellung gegenüber der Einreihung der Aerzte unter die Gewerbetreibenden und der Freigabe des Heilgewerbes eingenommen habe, halte ich mich für berechtigt, auch im jetzigen Augenblicke meine Anschauungen öffentlich kundzugeben, in einem Zeitpunkte, der die endliche Lösung der Frage zu einer dringlichen und unaufschiebbaren gemacht hat.

Es ist mir geradezu unbegreiflich, wie bei dem klaren Wortlaute und der unbestreitbaren Tendenz des Gesetzes über die Krankenversicherung der Arbeiter das k. sächsische Staatsministerium des Innern die Entscheidung treffen konnte, dass die Krankencassen zwar verpflichtet seien, ihren Mitgliedern die Behandlung eines approbirten Arztes zu gewähren, dass aber das Cassenmitglied im Erkrankungsfalle auch die Hülfe einer anderen Person unter Zustimmung des Cassenvorstandes oder der Cassenverwaltung in Anspruch nehmen dürfe, eine Entschliessung, welche durch den Ausspruch des Bundesrathes gegenüber einer Petition des sächsischen Medicinalvereines um eine Interpretation des § 6 des Krankencassengesetzes sanctionirt wurde. Durch diese Vorgänge ist allerdings die Frage für den gesammten ärztlichen Stand eine brennende geworden.

Die Bestimmungen des Gesetzes über die Krankenversicherung der Arbeiter lassen doch gewiss keinen Zweifel, keine Unklarheit aufkommen, wenn sie im § 6 dem erkrankten Arbeiter freie ärztliche Behandlung zusichern. Der Begriff Arzt und ärztliche Behandlung kann doch unmöglich einer weiteren Ausdehnung fähig sein, nachdem gerade die Bezeichnung »Arzt« noch das einzige Kriterium ist, welches uns der § 29 der Gewerbeordnung zum Unterschied von den ungebildeten, die Heilkunde gewerbsmässig betreibenden Curpfuschern übrig gelassen hat, und auch diese Concession wird uns jetzt wieder gewaltsam entrissen.

Und was ist denn die Tendenz, die wohlmeinende Absicht dieser grossen Schöpfung auf dem socialpolitischen Gebiete, des Krankencassengesetzes?

Dem erkrankten Arbeiter, welcher bisher in den meisten Fällen einer sicheren Krankenunterstützung entbehren musste

und bei seiner Mittellosigkeit zur Wiedererlangung seiner Gesundheit und Erwerbsfähigkeit die nöthigen Mittel sich nicht verschaffen konnte, oder nur auf die Humanität des ärztlichen Standes angewiesen war, wird durch das Gesetz eine wenigstens die äusserste Noth abwendende Krankenunterstützung und freie ärztliche Behandlung zugesichert. Es liegt doch wohl nicht nur im eigensten Interesse des Kranken, sondern auch im Interesse der Cassen selbst, dass die erkrankten Cassenmitglieder möglichst rasch und sicher wieder ihrer Erwerbsfähigkeit entgegengeführt werden. Zugleich ist es für die Cassen von höchster Wichtigkeit, dass die Krankheit möglichst rasch und sicher erkannt werde, dass die häufig vorkommenden Fälle von Simulation möglichst bald entlarvt werden, dass der Kranke weder zu früh für arbeitsfähig erklärt wird, weil dann ein Rückfall oder eine Steigerung der primären Erkrankung leichter ermöglicht wird, noch zu spät, weil darunter gleichfalls die financiellen Verhältnisse der Cassa leiden. Ist ein Laie, ein Pfuscher im Stande, alle diese Forderungen zu erfüllen? Gehört nicht vielmehr zur genauen Controle, zur Sicherung der Casse vor financieller Schädigung einzig und allein die sachgemässe Ueberwachung durch einen gebildeten Arzt, die ausschliessliche ärztliche Behandlung, wenn die Cassen nicht enormen Schaden leiden wollen?

Die Zulassung von Laien als Cassenärzte würde meiner sicheren Ueberzeugung nach nicht nur die Existenz der Krankencassen selbst, sondern auch den Erfolg des ganzen so wohlgemeinten Gesetzes in Frage stellen, und es ist mir ganz undenkbar, dass die Auffassung nicht allseitig durchdringen sollte, wo mit ruhigem, objectivem Blicke die ganzen Verhältnisse überschaut werden.

In der Reichstagssitzung vom 28. März hat ein Reichstagsabgeordneter Dr. Götz bei Berathung des Etats für das Reichsamt des Inneren sich über die Verwendung von Nichtärzten zur Ausübung der Heilkunst bei den Krankencassen in Sachsen beschwert, und bei dieser Gelegenheit an die verbündeten Regierungen die Anfrage gerichtet, ob sie einer Aenderung des Gewerbegesetzes insoweit nahe treten wollen, als die Behandlung von Kranken in Zukunft wieder an den Besitz eines Befähigungsnachweises, einer Approbation geknüpft wird.

Der Bundesbevollmächtigte Staatssecretär v. Bötticher erklärt, »dass der Bundesrath das Ersuchen des sächsischen Medicinalvereines abgelehnt habe, welches eine Interpretation des § 6 des Krankencassengesetzes dahin wünschte, dass unter der dort zugesicherten freien ärztlichen Behandlung die Behandlung durch approbirte Medicinalpersonen zu verstehen sei. Es sei nicht durch das Krankencassengesetz sondern durch die Gewerbeordnung festzustellen, wer zur Ausübung der ärztlichen Praxis berechtigt ist, und es liege kein Grund vor, dem Bestreben, das noch vielfach im Volke herrscht, an Stelle approbirter Aerzte andere Personen zur Hülfe zuzuziehen, entgegenzutreten.«

Als ob nicht gerade im Krankencassengesetze durch den klaren, gar nicht misszuverstehenden Wortlaut des § 6 ganz genau festgestellt wäre, wer zur Behandlung erkrankter Cassenmitglieder berechtigt ist! und als ob die Dummheit und der beschränkte Bildungsgrad eines grossen Theiles des Volkes solche Berücksichtigung verdiene, und nicht gerade die Staatsbehörde als oberste Wächterin der Gesundheit des Volkes verpflichtet wäre, die unverständigen Massen prophylaktisch vor Schädigungen ihrer Gesundheit, ihres körperlichen Wohles zu behüten?!

Derselbe Herr Staatssecretär von Bötticher war es, welcher in seinem Antwortschreiben vom 8. Juli 1886 an den Geschäftsausschuss des deutschen Aerztevereinsbundes (ärztliches Vereinsblatt 1886 pag. 265, 266) die Worte schrieb: »Wie mir scheint, ist von den Aerztevereinen und dem Aerztetage bei ihren Erwägungen bisher nicht in vollem Maasse gewürdigt worden, welche Bedeutung der Bestimmung des Krankenversicherungsgesetzes beiwohnt, dass jede auf Grund dieses Gesetzes errichtete Krankenkasse ihren Mitgliedern freie ärztliche Behandlung gewähren muss. Dadurch wird die Zuziehung eines Arztes bei jeder Krankheit auch in solchen Kreisen zur Regel, in denen sie bisher theils aus Gleichgiltigkeit, theils wegen mangelnder Mittel gar nicht oder nur im höchsten Nothfalle stattfand.« Der Herr Staatssecretär wollte uns damit die grossen Vortheile nachweisen, welche für den ärztlichen Stand aus dem Krankenkassengesetze resultiren, und jetzt — wie schwer geschädigt wird nicht nur der ärztliche Stand, sondern auch die Krankencassen selbst, wenn von höchster Stelle die Behandlung von Cassenmitgliedern durch Laien für zulässig erklärt wird. Schon die einzige Aeusserung des Herrn Staatssecretärs in der Reichstagssitzung vom 28. März wird unabsehbare Folgen haben und dem Curpfuscherthum ganz erheblichen Vorschub leisten.

Ganz anders hat sich in dieser Frage unsere k. bayerische Staatsregierung ausgesprochen.

Die niederbayerische Aerztekammer vom J. 1885 hatte den Antrag gestellt: »Gestützt auf die Wahrnehmung, dass wiederholt von Seite der Krankenkassen ärztlichen, nicht approbirten Personen die Behandlung der Kassenangehörigen übertragen wurde, beantragt die Kammer, die hohe Staatsregierung wolle Anordnung erlassen, dass nur approbirte Personen nach Maassgabe ihrer zuständigen Befugnisse als Krankencassen- und Unfallversicherungsärzte fungiren können.«

Die Antwort der k. Staatsregierung lautete:

»Der Erlass einer allgemeinen Anordnung, dass nur approbirte Personen nach Maassgabe ihrer zuständigen Befugnisse als Krankencassen- und Unfallversicherungsärzte fungiren können, erscheint im Hinblick auf § 6, Ziffer 1 des Reichsgesetzes vom 15. Juni 1883, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, und auf die Motive zu § 5 des Unfallversicherungsgesetzes für das deutsche Reich vom 6. Juli 1884 im Zusammenhalte mit § 29 der Reichsgewerbeordnung, inhaltlich dessen die Bezeichnung »Arzt« und »ärztlich« lediglich auf bestimmte approbirte Medicinalpersonen anzuwenden ist, nicht veranlasst.«

Unsere k. bayerische Staatsregierung steht also ganz auf dem von mir oben präcisirten Standpunkte, dass der Wortlaut des § 6 des Krankencassengesetzes über die Verpflichtung der Cassen, ihren erkrankten Mitgliedern freie ärztliche Behandlung angedeihen zu lassen, keinem Zweifel unterliegen könne.

Trotz dieser bereits vorliegenden strikten Erklärung unsrer Staatsregierung haben mehrere Aerztekammern des Jahres 1886 auf meinen Antrag wiederholt an dieselbe das Ersuchen um authentische Interpretation der betreffenden Bestimmungen des Reichskrankencassengesetzes gestellt, und sehen wir der allerhöchsten Entschliessung auf dieses erneuerte Ansuchen noch entgegen.

Eine baldige definitive Entscheidung über diese für unsere sociale Stellung so hochwichtige Frage ist dringend wünschenswerth und dieselbe herbeizuführen bezweckt die von den ärztlichen Vereinen in Sachsen angebahnte Bewegnng. Die Entscheidung der Frage, ob zur Behandlung von Mitgliedern der gesetzlich organisirten Krankencassen nur approbirte Aerzte oder auch Laien berechtigt seien, wird zu einem neuen Ansturm auf die Bestimmungen der Gewerbeordnung, welche die Ausübung des Heilgewerbes freigegeben haben, benutzt und zwar mit vollem Rechte, denn gerade durch diese Auslegung des Reichskrankengesetzes ist die Freigabe des Heilgewerbes so recht ad absurdum geführt und der grosse Fehler, der damit in der Gesetzgebung gemacht worden ist, in das grellste Licht gestellt worden.

Drastischer konnte die Unhaltbarkeit jener Bestimmungen gar nicht gekennzeichnet werden, als durch die Zulassung von Laien zur Behandlung von Mitgliedern der gesetzlich organisirten Krankencassen, wodurch der ganze auf den edelsten Grundsätzen der Humanität errichtete, aber noch sehr empfindliche Bau der socialen Gesetzgebung einen erschütternden Stoss erleiden wird.

Ob nun der von den sächsischen Vereinen vorgeschlagene Weg einer Abänderung der Bestimmnng der Gewerbeordnung der richtige ist, wird eine eingehende Prüfung dieses Vorschlags durch den ärztlichen Stand selbst in seinen Einzelvertretungen, den Vereinen, wie in seiner Gesammtvertretung, dem deutschen Aerztetag, ergeben. Ich möchte in diesen Zeilen einerseits zur allseitigen umsichtigen Prüfung dieses Schrittes Anregung geben,

andererseits aber meine persönliche Anschauung noch mit wenigen Worten beifügen.

Nach wie vor vertrete ich die von mir schon häufig zum Ausdruck gebrachte Anschauung, dass mit der Einreihung der Heilkunde unter die Gewerbeordnung und mit der Freigabe der Heilkunst ein schwerer Fehler begangen worden ist, dessen nachtheilige Folgen nicht nur für den ärztlichen Stand allein, sondern für die Allgemeinheit in dem letzten Decennium immer mehr zu Tage getreten sind.

Die Gewerbeordnung hat dem einzelnen Individuum die Möglichkeit der freiesten Verwerthung seiner körperlichen und geistigen Fähigkeiten, seiner Arbeitskraft gebracht und entschieden fördernd auf die Entwickelung von Industrie und Handwerk gewirkt. Die Gewerbefreiheit durfte sich aber gewiss nicht auf solche Beschäftigungen und Berufsarten erstrecken, durch deren mangelhafte oder fehlerhafte Ausübung Nachtheile für die Gesundheit des einzelnen Individuums und dadurch rückwirkend eine Schädigung des allgemeinen Staatswohles herbeigeführt werden. Die Ausübung solcher Berufsarten muss unbedingt von einem, vor staatlichen Organen abzulegenden Nachweis der Befähigung abhängig gemacht werden, und deshalb war ich von jeher gegen die Freigabe der Heilkunst.

Es macht sich gegenwärtig eine eigenthümlich retrograde Bewegung gegen die Gewerbefreiheit in Deutschland geltend, welche, ob begründet, wage ich nicht zu entscheiden, auch für eine ganze Reihe anderer Gewerbebetriebe wieder den Nachweis der Befähigung fordert. Ich muss gestehen, dass es mir leid thut, dass die jetzige, von den sächsischen Vereinen angebahnte Bewegung, welche gleichfalls den Nachweis der Befähigung für die Ausübung des Heilgewerbes fordert, mit jener allgemeinen Bewegung coincidirt. Wir documentiren damit die Parallele unserer Situation mit derjenigen anderer gewerblicher Berufsarten. Ich möchte noch viel weiter gehen in Bezug auf unsern ärztlichen Beruf. Nach meiner stets verfochtenen und auch heute noch aufrecht erhaltenen Anschauung müssen wir dahin streben, dass alle auf die Heilkunde bezüglichen Bestimmungen der Gewerbeordnung wieder beseitigt werden, dass wir eine deutsche Aerzteordnung erhalten, in welcher die Vorbedingungen zur Ausübung des ärztlichen Berufs, die staatliche Approbation, die Beziehungen der Aerzte zu Staat und Gemeinde, die Corporationsrechte der Aerzte geregelt werden, während das Strafgesetzbuch Jedem die Ausübung der Heilkunst verbietet, der nicht dazu staatlich approbirt ist.

Ich bin überzeugt, dass die Verhältnisse selbst, wie sie sich im Laufe der letzten Decennien auf dem Gebiete des Heilwesens entwickelt haben, zu dieser Lösung drängen werden. Wir sehen zu unserer grossen Befriedigung, wie endlich auch in dem grössten deutschen Staate, in Preussen, die Organisation des Medicinalwesens, die Standesvertretung der Aerzte und ihre Beziehungen zu den Regierungskreisen geregelt werden, in ähnlicher Weise, wie es in verschiedenen anderen deutschen Staaten bereits seit Jahren der Fall. Wir sehen die Gesundheitspflege immer grössere Fortschritte machen und an Ausdehnung gewinnen, bei deren praktischer Durchführung die Mitwirkung des ärztlichen Standes nicht entbehrt werden kann. Das sind Momente, durch welche der ärztliche Stand wieder weit über das Niveau eines Gewerbes emporgehoben wird, denn da muss ja doch wieder ein Unterschied gemacht werden und zwar ein gewaltiger zwischen dem wissenschaftlich gebildeten, staatlich approbirten Arzt und dem ungebildeten Pfuscher. Die gleichmässige Gestaltung und Weiterentwickelung der ärztlichen Standesvertretung in ganz Deutschland, die staatliche Organisation derselben, wird die endliche Einführung einer deutschen Aerzteordnung ganz wesentlich erleichtern, mit welcher eine Abänderung der Gewerbeordnung in dem von mir gedachten Sinne unbedingt zusammenhängen muss.

Ich bin weit entfernt, durch diese meine bisher ausgesprochenen Anschauungen mich gegen das Vorgehen der sächsischen Aerztevereine erklären zu wollen. Im Gegentheil; ich begrüsse es mit Freuden als einen weiteren, wichtigen Schritt zur Erreichung des von mir vorgesteckten Zieles. Denn es dient die schonungslose Aufdeckung aller durch die Freigabe der Heilkunst hervorgerufenen Schädigungen und Widersprüche nur dazu, die Unrichtigkeit jener gesetzlichen Bestimmung rascher und sicherer zum Bewusstsein Aller, auch der noch widerstrebenden Factoren zu bringen.

Was den Wortlaut der in der Petition an den Reichstag Seitens der sächsischen Vereine vorzuschlagenden Abänderung des § 29 der Gewerbeordnung betrifft, so würde ich statt des in dem Ausschreiben des Dr. Cohnheim d. d. Dresden am 20. März 1887 mitgetheilten, eine andere Fassung vorziehen, welche die alleinige Berechtigung der approbirten Medicinalpersonen zur Behandlung von Kranken positiver ausspricht.

Mit den Worten: »Einer Approbation, welche auf Grund eines Nachweises der Befähigung ertheilt wird, bedürfen Aerzte und Apotheker — « ist noch nicht ausgesprochen, dass diese Approbation auch allein zur Behandlung von Kranken berechtigt. Es muss dies doch vorher positiv gesetzmässig festgestellt sein, ehe der § 147 eine Strafbestimmung auf ein Zuwiderhandeln gegen diese Bestimmung festsetzen kann.

Ich würde daher unmassgeblich vorschlagen, den § 29 in folgender Fassung in die Petition an Reichstag und Bundesrath aufzunehmen:

> § 29. Zur Behandlung von Kranken und zum Betriebe einer Apotheke berechtigt nur der Nachweis der Befähigung durch eine staatliche Approbation. Der Bundesrath bezeichnet, u. s. w. wie in dem bisherigen § 29 der Gewerbeordnung.

Mit der für den § 147 vorgeschlagenen Abänderung erkläre ich mich einverstanden.

Möchten die ärztlichen Vereine in ganz Deutschland ungesäumt an die Berathung dieser so wichtigen Vorschläge der sächsischen Vereine gehen; hiezu meine bayerischen Collegen anzuregen, ist der Hauptzweck dieser Zeilen.

Referate und Bücher-Anzeigen.

Mariano Semmola: Neue Untersuchungen über die Pathologie und Therapie des Morbus Brightii. Wien. med. Blätter 1886. Nr. 45—49.

Die Anschauungen des Neapler Klinikers über Ursache, Wesen und Behandlung des Morbus Brightii sind so eigenartig und, obwohl sie von unserer gewohnten Anschauung durchaus abweichen, mit Rücksicht auf die hervorragende Bedeutung des Autors und die weite Verbreitung seiner Lehren in den Ländern romanischer Zunge beachtenswerth genug, dass es wohl erlaubt sein wird, dieselben in einem etwas ausführlichen Referat wiederzugeben.

Das Morbus Brightii in dem Sinne von S. ist eine Allgemeinerkrankung, bei welcher eine Nephritis secundär zur Entwicklung kommen kann, welche aber mit einer primären Erkrankung der Nieren so wenig zu thun hat, dass es ein »schwerer Fehler wäre, fernerhin Morbus Brightii und Nephritis annähernd für Synonyma hinzunehmen«.

Die charakteristische Aetiologie des Morbus Brightii ist die fortschreitende, in Folge der Einwirkung feuchter Kälte entstandene Abschwächung der Hautfunction. Die respiratorische Hautfunction spielt ihrerseits eine grosse Rolle bei der Verarbeitung der mit der Nahrung eingeführten Eiweisskörper, sie dient in erster Linie dazu, das eingeführte Eiweiss zu »assimilirbarem« zu gestalten. Fällt diese Function aus, so überladet sich das Blut mit »nicht assimilirtem« Eiweiss, welches, wie S. als erwiesen annimmt, sich durch eine bedeutende Diffusibilität auszeichnet. Indem dieses Eiweiss dem natürlichen Stoffwechsel entgeht, kommt es zu einer Verminderung der stickstoffhaltigen Endproducte des Stoffwechsels in Blut und Harn. Die Anhäufung jenes nicht assimilirbaren Eiweisses, das sich durch eine besondere chemisch-molekulare Structur von dem Serumalbumin etc. unterscheidet, erzeugt eine albuminöse Dyskrasie.

Der Organismus macht nun weiterhin Anstrengungen, dieses für ihn schädliche nicht assimilirbare Eiweiss zu eliminiren. Speichel, Galle, Harn werden eiweisshaltig, — aber wenn diese

functionelle eliminatorische Anstrengung unter fortdauerndem Einfluss gleicher Ursache lange besteht, so werden die Nieren dadurch zu einer übermässigen, schädlich wirkenden Arbeitsleistung herangezogen, welche endlich einen pathologischen Zustand hervorruft, der von der einfachen Hyperämie bis zu einer diffusen Nephritis (grosse weisse Niere) sich steigern kann. Also die Albuminurie wird hier zur Ursache der Nephritis.

In gleicher Weise wird albuminöse Flüssigkeit in die Haut und in die Körperhöhlen abgeschieden. Es sind diese Hydropsien beim Morbus Brightii der Albuminurie gleichwerthige Producte und haben mit der Nephritis und mit Hydrämie gar nichts zu thun.

Die Entwickelung der Krankheit und der genetische Zusammenhang der Symptome wird an zwei weiteren Beispielen illustrirt: an den Folgezuständen der Hühnereiweissinjectionen bei Thieren und der Entstehung der postscarlatinösen Albuminurie.

Nach subcutanen Injectionen von Hühnereiweiss wird nach S. gleichfalls eine albuminöse Dyskrasie geschaffen (Ansammlung von nicht assimilirbarem Eiweiss im Blut, Verminderung des Harnstoffs in Blut und Harn); es kommt zu Albuminurie, Nephritis, albuminhaltigen Transsudaten etc. Zur Entwickelung des vollen Bildes des Morbus Brightii fehlt freilich die pathologische Veränderung der Hautfunction.

Dieses trete bei der postscarlatinösen Nephritis um so mehr in den Vordergrund. Dass die Infection selbst mit ihr etwas zu thun habe, weist S. zurück. — Der Scharlachreconvalescent ist, wie S. ausführt, vermöge der noch nicht wieder hergestellten Hautthätigkeit noch nicht im Stande, grössere Mengen Nahrungseiweiss in assimilirbares umzuformen; wird ihm aber dennoch viel Eiweiss gereicht, so entsteht albuminöse Dyskrasie mit den oben geschilderten Folgeerscheinungen. Eine andere Ursache zur Entstehung der Albuminurie ist eine Erkältung, eine Schädlichkeit, welche die noch sehr empfindliche Haut trifft. Dadurch werde die Haut ausser Stand gesetzt, selbst so geringer Mengen von Nahrungseiweiss, wie sie S. im Reconvalescenzstadium gestattet, mächtig zu werden.

Was nun den wahren chronischen Morbus Brightii betrifft, so sei dieses eine ganz scharf umschriebene Krankheit, die namentlich auch bezüglich ihrer Aetiologie eine vollständige Selbstständigkeit beanspruche, denn sie komme nur durch die chronische Einwirkung feuchter Kälte zu Stande und setze unter allen Umständen ein Darniederliegen der Hautfunctionen voraus. Dementsprechend habe Verfasser auch in der Haut der betreffenden Kranken tiefgreifende Veränderungen, entzündliche und atrophische Zustände anatomisch nachgewiesen. Das Krankheitsbild könne natürlich modificirt werden, wenn andere Schädlichkeiten den Organismus gleichzeitig getroffen und in eigenartiger Weise geschädigt hätten (chron. Alkoholismus, Gicht, Malariainfection etc.).

Die Therapie habe drei wesentlichen Indicationen zu genügen:

1. Dem Kranken muss eine möglichst leicht assimilirbare Nahrung gereicht werden, eine Nahrung, die nach ihrer Einführung möglichst wenig Verarbeitung und Veränderung erheischt.

2. Die Hautfunction ist methodisch anzuregen, die Haut neu zu beleben.

3. Die Assimilation und Verbrennung der in der Nahrung eingeführten Eiweisse ist auf jede mögliche Weise zu fördern.

Demnach empfiehlt S. folgendes Regime:

1. Ausschliessliche Milchdiät.

2. Methodische Anwendungen von trockenen Reibungen, Massage, schottischer Douche, Erzeugung bedeutender Transspirationen der Haut durch den Ofen. — Kalte Hydrotherapie und forcirte Muskelanstrengungen sind contraindicirt.

3. Aufenthalt in trockenem, gleichmässig temporirtem Medium; im Winter unter unseren Breitegraden strengster Zimmerarrest bei 18—20° C.

4. Jodnatrium, Chlornatrium.

5. Natriumphosphat u. unterphosphorsaures Natrium od. Kalk.

6. Sauerstoffeinathmungen.

Referent möchte von dieser an Hypothesen reichen Arbeit Semmola's nicht scheiden, ohne einige Bedenken geäussert zu haben, die gegen Semmola's Anschauungen zu erheben sind:

1) Die Annahme einer molekülären Veränderung des Albumins in dem Serum bei an Morb. Bright. erkrankten Personen ist zwar für Semmola's Theorie eine unerlässliche Bedingung; sie ist aber vollständig unerwiesen.

2) Die Scheidung des Bluteiweisses in assimilirbares und nichtassimilirbares (nicht etwa Pepton etc.!) ist nicht hinlänglich begründet.

3) Die Beziehungen des Hautorgans zu dem Stoffwechsel, speciell demjenigen der N-haltigen Substanzen zu kennen, ist zwar ein frommer Wunsch der Physiologie; die Kenntniss derselben ist aber eine so minimale, dass sie nicht zum Ausgangspunkt einer weittragenden, auch für die Therapie tiefeinschneidenden Hypothese gemacht werden darf.

4) Die Beobachtung des Verfassers, dass nach Hühnereiweiss-Injectionen bei Kaninchen Albuminurie, Oedem und Exitus lethalis eintritt, ist, wie Ref. aus eigener Erfahrung bestätigen kann, richtig. Dass dabei aber, wie S. angiebt, die Menge des ausgeschiedenen Eiweisses, die Menge des subcutan einverleibten übertreffe, ein Umstand auf dem S. sich bei seinen Deductionen wesentlich stützen muss, ist durch die ausserordentlich exacten Versuche von Kuiper's (unter Stokvis' Leitung) zum mindesten als nicht constant erwiesen. (cf. Kuiper's, Ueber die Veränderungen in den Nieren nach Injectienen von Hühnereiweiss, Inaug.-Diss., Heidelberg 1880. S. 42.)

5) Die Erklärung der Pathogenese der Scharlachnephritis ist zwar nach der S.'s Theorie folgerichtig entwickelt; aber zum Beweise für die Theorie kann diese Deduction nicht dienen. Die Erfahrung, dass selbst bei der reichlichsten Fleischdiät in unmittelbaren Anschluss an die Fieberperiode eine Nephritis ausbleibt, ist bei Scharlachepidemien eine alltägliche und die Frage, ob andauernde Bettruhe, also möglichst gleichmässige Temperatur etc: für die Haut, den Ausbruch einer Nephritis verhindern kann, ist zum mindesten noch eine offene.

6) Die Behauptung Semmola's, dass ein Kranker mit Morbus Brightii bei reichlicher Eiweissernährung mehr Albumen ausscheide und eine Verschlimmerung des Zustandes herbeigeführt werde, muss nach den Untersuchungen von Ref. und anderen Autoren als eine irrthümliche bezeichnet werden.

Ref. hat einige Punkte herausgegriffen, an denen Semmola's Anschauungsweise angreifbar ist. Es genüge für dieses Mal dieselben kurz angedeutet zu haben. Ref. behält sich vor, bei späterer Gelegenheit ausführlich auf die in Betracht kommenden Fragen einzugehen. v. Noorden-Giessen.

Brouardel: Enquête sur une épidémie de fièvre typhoide, qui a régné à Pierrefonds en Août et Septembre 1886. Revue d'Hygiène, Paris 1887, Nr. 2. S. 116.

Chantemesse et Widal: Examen bacteriologique de l'eau de Pierrefonds. Ebenda. S. 134.

Die Typhusepidemie von Pierrefonds [1]) bietet Interesse durch den Nachweis der Typhusbacillen im Brunnenwasser, welcher durch M. Chantemesse geführt worden ist. Zweifellos wird dieser Fall dahin interpretirt werden, dass hier ein sicherer Beweis für die Trinkwasserinfection gegeben sei, wie dies in der That von Brouardel geschieht. Eine genauere Prüfung der Sachlage lässt jedoch diesen Schluss, der auf den ersten Blick vielleicht naheliegt, als ungerechtfertigt erkennen.

Im August 1886 siedelten drei Familien, zusammen 24 Personen, aus Paris und Versailles nach Pierrefonds über und wohnten daselbst in drei benachbarten, an der Rue du Bourg gelegenen Häusern (maison Caron, m. Reisses und m. Bouvry). Während nun, wie es scheint, gleichzeitig in Pierrefonds keine Typhusfälle vorkamen, erkrankten von diesen Zugereisten im Laufe des August und September 20 Personen an Typhus und typhösen Krankheiten; 4 starben, die übrigen wurden, zum Theil nach schwerer Krankheit wieder geheilt. Mehrere Fälle

[1]) Pierrefonds ist ein kleines Städtchen nordöstlich von Paris, in der Nähe von Compiegne.

waren allerdings sehr leicht verlaufen; aber nur 4 Personen blieben vollständig gesund.

Das Merkwürdigste hiebei ist, dass die Erkrankungen in jeder der drei Familien zu verschiedener Zeit auftraten, in jeder aber sofort alle oder fast alle Personen beinahe gleichzeitig ergriffen. In der ersten Familie (maison Caron) erkrankten 5 Personen von 7 vom 27.—28. August; in der zweiten (maison Bouvry) 7 Personen von 9 vom 17.—22. September — ausgenommen eine Magd, die am 10. September erkrankte — und in der dritten Familie (maison Reisses), in welcher sämmtliche 8 Personen erkrankten, erfolgten diese Erkrankungen zwischen dem 25. und 28. September.

Die 3 Häuser, in denen die drei Familien wohnten, liegen wie erwähnt nebeneinander, in der Rue du Bourg, und werden die Infectionen abgeleitet von dem Wasser der zu den Häusern gehörigen Pumpbrunnen, das von den Bewohnern getrunken worden war. Am 13. October veranlasste B. eine bacteriologische Untersuchung des Wassers der verschiedenen Brunnen von Pierrefonds, welche durch die Herren Chantemesse (Director des bacteriolog. Laboratoriums der medic. Facultät in Paris) und Widal ausgeführt wurde, und wobei in dem Brunnen der zuletzt ergriffenen »maison Reisses«, der 20 m von der nächsten Abortgrube entfernt ist, Typhusbacillen in der Quantität von etwa 25,000 per Liter nachgewiesen wurden.

Die Untersucher sagen hierüber, in den Gelatineplatten, welche mit den Wasserproben angelegt worden waren, hätte sich eine sehr grosse Menge gewöhnlicher Wasserbacterien (une grande quantité de germes vulgaires de l'eau) entwickelt, und unter diesen in sehr geringer Zahl diejenigen Colonien, die dann als Typhuscolonien erkannt und durch genaueres Studium erwiesen wurden. Die in letzterer Beziehung angegebenen Kennzeichen sind nach dem jetzigen Stand unserer Kenntnisse — soweit sich bis jetzt eine sichere Diagnose der Typhusbacterien geben lässt — als genügend zu bezeichnen. Eine Vergleichung mit Typhusbacillen, die direct von Typhuskranken resp. Typhusleichen entnommen waren, wurde durchgeführt.

Am 29. October, also 4 Wochen nach Auftreten der Typhusfälle, wurde das Wasser dieses Brunnens nochmals untersucht; dasselbe enthielt zu dieser Zeit viel weniger Typhusbacillen; am 21. November endlich enthielt dasselbe keine mehr. In keinem der anderen Brunnen von Pierrefonds wurden Typhusbacillen nachgewiesen.

Es ist kaum zu verwundern, wenn Brouardel, der von vorneherein von der Trinkwasserinfection überzeugt war, Angesichts dieser Befunde zu dem Schlusse gelangt, dass die aetiologische Rolle des Trinkwassers hier sicher erwiesen sei. Allein dem stehen gewichtige Gründe gegenüber.

B. beschreibt selbst genau die Lage der fraglichen Brunnen. Dieselben sind durch ein wenig ergiebiges, nur 1½ m mächtiges Grundwasser gespeist und liegen, bei maison Caron 9 m, bei maison Reisses 20 m entfernt und 1,70 m unter dem Niveau der Abtrittgrube; d. h. der Grund der Grube steht etwas höher als der Wasserspiegel der Brunnen, und ausserdem geht die Drainage in der Richtung auf die Brunnen zu. Das Terrain ist sandig, sehr durchlässig, die Abtrittgrube ist nicht cementirt, seit 30 Jahren von ihrem festen Inhalt nicht mehr gesäubert. Sie ist offenbar eine ächte Versitzgrube und das an ihren Wandungen nach B.'s Angaben vorbeistreichende Grundwasser vermittelt auf das Natürlichste den Zusammenhang mit den etwas tiefer liegenden Brunnen. B. leugnet diese Verhältnisse also keineswegs, im Gegentheil er citirt selbst »la phrase energique de M. Jacquot«, welche in der Uebersetzung etwa lautet: »Die Brunnen und die Gruben der Rue du Bourg bilden die beiden Ringe einer endlosen Kette, deren Verbindungsglied dargestellt wird durch den Magen der Bewohner.«

Sehr erschwerend wirkt noch der Umstand, dass die Dachwässer ebenfalls in die Abtrittgrube geleitet werden, so dass dieselbe bei jedem Regenguss überläuft und auf diese Weise direct als Zuflussquelle für die Brunnen functionirt.

Unter diesen Umständen nun soll das Auffinden spärlicher Typhusbacillen im Brunnenwasser, 14 Tage nach Auftreten der letzten Erkrankungen, einen sicheren Beweis für die Entstehung dieser Erkrankungen durch Trinkwasserinfection liefern? Das Unlogische dieser Folgerung ist so in die Augen springend, dass man es kaum begreift, wie Jemand überhaupt zu einem solchen Ideengang gelangen könnte, wenn man nicht wüsste, dass B. eben von vorneherein von der Thatsache der Trinkwasserinfection sicher überzeugt ist und den Bacterienbefund nur als eine Illustration für ein bereits feststehendes Factum betrachtet.

Der Zusammenhang ist doch viel einfacher so aufzufassen, dass die Dejectionen der Kranken, welche natürlich in die Abtrittgrube entleert wurden, Typhusbacillen enthielten, die ihren Weg dann mit Leichtigkeit in den Brunnen fanden. Auch diese Folgerung ist natürlich nicht »sicher«, aber sie ist wenigstens die nächstliegende. Sichere Schlüsse lassen sich überhaupt nicht aus solchen Beobachtungen ziehen, sondern nur aus Experimenten, bei denen man alle Bedingungen kennt und beliebig regeln kann. Aber man muss sich entschieden dagegen verwahren, dass Beobachtungen deshalb, weil dabei specifische Bacterien nachgewiesen wurden, nun zum Range von Experimenten erhoben werden, wie dies B. thun zu können glaubt. Diese Begriffsverwirrung könnte die strengere wissenschaftliche Methode nur in Misscredit bringen.

Uebrigens scheint B. seiner Sache doch nicht so sicher zu sein, da er auch noch andere Beweise dafür aufsucht, dass die Typhuserkrankungen in Pierrefonds durch Trinkwasserinfectionen veranlasst worden seien. Besonders die Raschheit im Auftreten der einzelnen Ausbrüche, die Gleichzeitigkeit der Erkrankungen innerhalb jeder Familie scheint ihm dafür zu sprechen. So etwas sei nur vom Wasser aus zu erklären. »Wenn das Wasser inficirt ist, ergreift die Epidemie in der nämlichen Stunde eine Familie, eine Häusergruppe, ein Stadtviertel oder selbst eine ganze Stadt.«

Dieser Satz ist richtig, aber man muss die Consequenzen auch wirklich ziehen, nicht nur von ihnen reden. Die Consequenz ist nemlich, dass bei Trinkwasserinfection die ganze Bewohnerschaft, soweit sie an dem betreffenden Wasser participirt, unter dem nemlichen epidemischen Einflusse sich befinden muss. Von diesem weitergehenden Einfluss hat sich aber in Pierrefonds nichts gezeigt, sondern es erkrankten nur Inwohner der erwähnten drei Häuser, obwohl das nämliche Wasser auch von anderen Personen getrunken wurde. Brouardel selbst sagt, das Grundwasser, aus welchem die Brunnen in der Rue du Bourg schöpfen, stehe überall im Zusammenhang. »Tous les puits communiquent les uns avec les autres.« Es wird sogar ein Beispiel erzählt, dass vor einigen Jahren auf der einen Seite der Rue du Bourg in einen Brunnen Oel gegossen wurde, das dann nach wenig Tagen in dem Brunnen der »maison Caron« auf der anderen Seite erschien. Dies ist begreiflich, da der Grundwasserstrom, wie erwähnt, ein wenig mächtiger ist. Wenn also die Typhusbacillen in das Grundwasser nicht, wie Ref. annimmt, durch die Dejectionen der Kranken, sondern, wie B. glaubt, von einem anderen Hause in der Rue du Bourg aus, wo früher ein Typhuskranker zugereist war, gelangten, so mussten mehrfache Erkrankungen unter der Bewohnerschaft auftreten. Das war auch die Ansicht der Bewohner von Pierrefonds, wie B. selbst anführt: »Es ist nicht das Wasser, was die Epidemie verbreitet hat, wiederholt man uns ohne Unterlass, denn ich, meine Familie, meine Kinder haben davon getrunken und wir trinken fortwährend davon und haben gleichwohl keinen Typhus.«

B. glaubt diesen wichtigen Einwand mit der Annahme widerlegen zu können, dass die ständigen Einwohner von Pierrefonds in Folge früherer Durchseuchung (der Ort scheint ein Typhusnest zu sein) gegen Typhus immun seien, ohne zu bedenken, dass auch 4 von den jetzt erkrankten 20 Personen bereits durchseucht gewesen waren und dennoch wiederum erkrankten, was eine sehr intensive Infection beweist. Auch die zeitliche Differenz im Erkranken der einzelnen Familien spricht übrigens gegen das Trinkwasser. Es würde zu weit führen, auf diese Dinge näher einzugehen.

Schliesslich möge nur bemerkt werden, dass das in einem Thal gelegene Pierrefonds, und besonders die am Fuss des Schlossberges verlaufende Rue du Bourg, mit ihrem porösen,

von Grundwasser und reichlicher Verunreinigung durchtränkten Boden eine Localität darstellt, wie sie auch sonst von Typhus erfahrungsgemäss bevorzugt wird. In der That ergaben Recherchen, dass im Laufe der letzten Jahre mehrfach dort Typhusfälle ebenfalls in den Monaten August und September vorgekommen waren. Dem Zusammenhang dieser Dinge, und insbesondere dem Vorkommen der Typhusbacillen nachzuforschen, ist dringende Aufgabe. Die Typhusbacillen müssen ausserhalb des Menschen, im Boden, im Wasser nachgewiesen werden. Aber aus einem solchen Befunde jedesmal sofort einen Schluss auf den aetiologischen Zusammenhang zu ziehen, ist durchaus verfehlt. Solange man den gewöhnlichen Infectionsmodus des Typhus nicht kennt, bleibt dieses Gebiet ein schwieriges. Die Magen-Darminfection ist nach Analogie möglich, aber sie ist bis jetzt nicht bewiesen, und sie ist keineswegs die einzige Möglichkeit. Durch vorzeitige unberechtigte Deductionen kann eine derartige Frage nicht in Wahrheit gefördert werden. H. Buchner.

M. Chantemesse: Le bacille typhique. Société médicale des hôpitaux. Séance du 25. février. La Semaine médicale No. 9. 1887.

Auch hier liegt ein Fall vor von Nachweis der Typhusbacillen im Trinkwasser, im Zusammenhang mit Typhusvorkommnissen. Verf. findet eine Beziehung zwischen dem Auftreten des Typhus in Paris und der Zutheilung von Seinewasser in die Reservoirs. Die gewöhnliche Zahl der Typhuszugänge in den Spitälern beträgt 13—40 per Woche. In einem Monat, vom 20. Juni bis 24. Juli v. J., betrug dieselbe 97. Als nun aber vom 22. Juli an Seinewasser zugeleitet wurde, stieg die Zahl der Typhuszugänge in den Spitälern sofort innerhalb acht Tagen auf 92, für das folgende Monat auf 148. (Da bei Typhus eine gewisse Incubationszeit angenommen werden muss, spricht dieses sehr rasche Steigen der Typhuszahl eher gegen den Einfluss des Seinewassers, abgesehen davon, dass der Typhus, auch ohne Wasserinfection, bekanntlich in Deutschland und Frankreich stets im Herbst, August und September, stärker aufzutreten pflegt. Ref.)

Auch in diesem Jahre ist schon ein derartiger Fall vorgekommen, wofür allerdings nur die Statistik des Spitals Lariboisière zur Verfügung steht. Vom 1. Januar bis 7. Febr. wurden 33 Typhuszugänge aufgenommen. Vom 24. Januar ab vertheilte man Seinewasser in allen Stadttheilen von Paris, und vom 7. Februar bis 21. Februar hob sich die Zahl der Zugänge auf 63.

Durch diese Vorkommnisse aufmerksam gemacht, untersuchte Verf. gemeinschaftlich mit M. Widal Wasserproben bacteriologisch, und gelang es, im August v. Js. in zwei verschiedenen Brunnen (der eine davon war nicht in Paris, sondern in Pierrefonds[1]) und neuestens im Reservoir eines Hauses, das von der gewöhnlichen städtischen Wasserleitung versorgt wird, die Eberth'schen Typhusbacillen nachzuweisen. Von jenen Brunnen hatten Familien ihr Wasser bezogen, in denen ungefähr um die nämliche Zeit mehrfache Typhuserkrankungen vorgekommen waren.

Ueber die Zahl der im Wasser aufgefundenen Typhusbacillen werden mit Ausnahme des Falles von Pierrefonds keine Angaben gemacht. Dagegen beschreibt Verf. ausführlich und zwar in vollständig den deutschen Forschungen entsprechender Weise die Eigenschaften der aufgefundenen Typhusbacillen, die mit solchen Culturen, die direct von Typhuskranken resp. Typhusleichen entnommen wurden, verglichen werden. Die Angaben in dieser Hinsicht sind vollständig, es wird die Colonienform auf Fleischpeptongelatine mit ihrem charakteristischen Furchensystem, das Wachsthum auf Kartoffeln u. s. w. beschrieben. Doch hätte Ref. gewünscht, dass bei Charakterisirung fraglicher Typhusbacillen immer auch angegeben werde, dass kein Fäulnissgeruch bei Cultur in schwach alkalischer, peptonhaltiger Fleischbrühe bei 37° C. sich entwickelt habe. Typhusbacillen verursachen hier im Gegensatz zu manchen anderen ähnlichen Bacterien keinen entschieden fauligen, nur einen schwach ranzigen, von niederen Fettsäuren herrührenden Geruch, was für die chemische Charakteristik von Wichtigkeit ist.

[1]) S. hierüber das vorhergehende Referat.

Immerhin wird man, trotz der unverkennbaren Schwierigkeit, welche sich einer sicheren Charakterisirung der Typhusbacillen entgegenstellt, zugeben müssen, dass Verf. mit ziemlicher Wahrscheinlichkeit wirkliche Typhusbacillen in den betreffenden Wasserproben nachgewiesen hat. Ob hieraus aber Schlüsse auf einen erwiesenen ätiologischen Zusammenhang gezogen werden dürfen, ist fraglich, wenn auch Referent, wie schon im vorhergehenden Referat hervorgehoben wurde, die Möglichkeit einer Typhusinfection vom Verdauungscanal überhaupt keineswegs bestreiten will. Vor Allem müsste man jedesmal wissen, wie zahlreich die Typhusbacillen in den untersuchten Wasserproben waren. Einige wenige Keime können nicht genügen, sonst müsste der Typhus viel ansteckender sein als er es thatsächlich ist. Namentlich aber müsste bewiesen sein, dass nicht auch zu anderen Zeiten, wo keine oder sehr wenig Typhuserkrankungen vorkommen, die fraglichen Bacillen sich ebenfalls im Wasser der betreffenden Brunnen vorfinden. Schliesslich müsste zu einem völlig sicheren Beweis, wie ihn Verf. anstrebt (»pour établir ce fait d'une façon rigoureusement scientifique«), auch der Nachweis erbracht sein, dass andere ätiologische Momente, andere Quellen der Infection völlig ausgeschlossen waren. Es wurde bereits erwähnt, dass der Abdominaltyphus nach Massgabe der Statistik, in Frankreich ebensowohl wie im grössten Theile von Deutschland stets im Herbste mächtig anzusteigen pflegt. Das weist doch wohl auf eine gewisse Gesetzmässigkeit hin, die von anderen Bedingungen abhängt als von so zufälligen Ereignissen, wie die Zutheilung von Seinewasser an die Bevölkerung von Paris.

Derartige Einwendungen müssten vor Allem berücksichtigt, überhaupt müssten alle Verhältnisse viel gründlicher studirt sein, bevor es gestattet sein könnte, sich so apodiktisch auszusprechen, wie dies Verf. thut. H. Buchner.

1) **A. Weil: Ueber eine eigenthümliche, mit Milztumor, Icterus und Nephritis einhergehende, acute Infectionskrankheit.** Archiv für klin. Med. XXXIX. B. 3. H.

2) **Goldschmidt: Ein Beitrag zur neuen Infectionskrankheit Weil's.** Aus der med. Abth. des städt. Krankenhauses zu Nürnberg. Archiv für klin. Med. XL. B. 2. H.

1) Weil theilt vier ohne Zweifel in die Gruppe der Infectionskrankheiten gehörende Krankheitsfälle mit, deren klinisches Bild eine nach allen Seiten nahezu völlige Uebereinstimmung bietet, während er von demjenigen der bekannten Infectionskrankheiten soweit abweicht, dass er beim Mangel anatomischer Untersuchungen — die Fälle verliefen günstig — die Frage offen lässt, welche Stellung der charakteristischen Erkrankung in der Reihe der Infectionskrankheiten angewiesen werden muss, ob es sich dabei nur um eine äusserst seltene Modification bekannter und häufig vorkommender Erkrankungen oder um eine völlig eigenartige bisher nicht geschilderte Krankheitsspecies handelt.

In allen vier Fällen handelte es sich um acut fieberhafte, mit schweren nervösen Erscheinungen, ausserdem mit Milz- und Leberschwellung und nephritischen Erscheinungen einhergehende Erkrankungen, die aber nach verhältnissmässig kurzer Dauer des schweren Krankheitsbildes (5—8 Tage) einen raschen, günstigen Verlauf nahmen. Eine bestimmte Aetiologie liess sich nicht nachweisen; der Beginn war ein plötzlicher; die Erscheinungen entwickelten sich rasch zu solcher Intensität, dass die Kranken schon am 2.—3. Tage bettlägerig wurden. Die ersten Krankheitserscheinungen waren die des Fiebers, Kopfschmerz, schlechter Schlaf, Schwindel, Durchfälle (nur in einem Falle mit Leibschmerzen verbunden). Zum Fieber trat dann mässiger Icterus, schmerzhafte Schwellung der Leber, Vergrösserung der Milz, Veränderungen des Harns, wie sie für acute Nephritis charakteristisch. Am 5. und 8. Tage trat Wendung zur Besserung auf, die unter ganz allmähligem Fieberabfall und Rückgehen aller Symptome im Verlauf weniger Tage zur Reconvalescenz führte. In drei der Fälle trat nach 1—7 tägiger Apyrexie erneutes Fieber von 5—6 tägiger Dauer auf, während dessen nur in einem Falle Icterus, Leber- und Milztumor sowie Albuminurie wieder zunahmen, um dann rasch

definitiv zu schwinden. Trotz der im Ganzen kurzen Dauer der fieberhaften Erkrankung war die Reconvalescenz eine langsame, die in ihrem Kräftezustand und ihrer Ernährung stark heruntergekommenen Kranken erholten sich nur sehr allmälig und verliessen das Spital erst nach 4—10 Wochen.

Ohne einen Abortivtyphus mit Icterus und Nephritis (biliösen Nephrotyphus, biliös-renale Form des Typhus) ganz zurückzuweisen, hält Weil die Auffassung für durchaus berechtigt, dass es sich um einen Morbus sui generis, um eine bisher nicht geschilderte, eigenartige, auf einer noch unbekannten, specifischen Ursache beruhende Erkrankung handelte, deren Entwicklung vielleicht durch gewisse klimatische Einflüsse (Sommerhitze?) begünstigt wird. Als Eingangspforte glaubt er vielleicht den Darm aus dem Grunde betrachten zu dürfen, weil in drei Fällen Durchfälle zu den initialen Symptomen gehörten.

Eine den Weil'schen Fällen analoge Erkrankung theilt nun Goldschmidt (2) aus dem Nürnberger Krankenhause mit, ohne eine andere Deutung zu bieten. Bemerkenswerth dürften nur die von G. gefundenen Bacterien sein, womit die Harncylinder dicht besetzt waren. May.

Dr. Paul Bruns: Beiträge zur klinischen Chirurgie. Tübingen 1886. Laupp'sche Buchhandlung.

Das 3. Heft des 2. Bandes der Mittheilungen aus der chirurgischen Klinik zu Tübingen bringt zunächst ein die Endresultate der Castration bei Hodentuberculose betreffende Arbeit von Finkler, die über 29 Fälle (12 rechts, 8 links, 9 doppelseitig) von Castration berichtet, dann eine Mittheilung von Allgayer über centrale Epithelialgeschwülste des Unterkiefers, die durch gute Abbildungen illustrirt einen Fall von centralen encystirtem Epithelialcarcinom bei einer 42jähr. Frau und einem von encystirtem Fibrom mit papillärem Bau, die A. mit Falhson auf die Zahnentwicklung (die von Malasseg nachgewiesenen paradentären Epithelialreste) zurückführt und deren genauere anatomische und histologische Beschaffenheit er nach der Exarticulation untersuchte. Die Mittheilung von O. Koch über die Operation der gutartigen Blasenpapillome beim Manne berichtet über 41 betreffende Fälle (2 der Bruns'schen Klinik) und über Symptomatologie, Diagnose etc. dieser Tumoren. Betreffs der Therapie betont Koch, dass bei sicher nachgewiesenen Blasenpapillomen der hohe Steinschnitt als das Normalverfahren anzusehen ist, da er allein die Garantie einer radicalen Exstirpation gewährt, dass dagegen bei zweifelhaften Fällen der Perinealschnitt (aber eigentlich nur als Explorativ-Eingriff) vorzuziehen sei.

Hertzberg behandelt die Therapie des Anus praeternaturalis mit dem Bruns'schen Enterotom d. h. die electrolytische Durchtrennung des Spirus, die zweifellos vor der Dupuytren'schen Klammer viele Vorzüge hat, während die Enterotomie überhaupt der Darmresection vorzuziehen, nachdem eine Casuistik von 101 Enterotomien nur 1, eine solche von 41 secundären Darmresectionen 11 Todesfälle angiebt und H. danach die Darmresection als therapeutische Massnahme hier nur dann wählen möchte, wenn ausnahmsweise die Enterotomiebehandlung nicht ausführbar erscheint oder im Stich gelassen hat.

Ernst Müller theilt einen interessanten Fall von Muskeltuberculose mit, der einen 35jährigen Patienten betraf, bei dem sich eine Geschwulst in der Streckmusculatur des rechten Oberschenkels entwickelt hatte, die in der Mitte fluctuirend, anfangs aspirirt und mit Jodoformglycerin-Injection behandelt worden war, später wegen neuerdings auftretender Beschwerden exstirpirt wurde, und aus einer Reihe hasel-, wallnussgrosser innen Eiter oder weiches Granulationsgewebe enthaltender Herde bestand, die mikroskopisch deutlich das Bild der Muskeltuberculose boten, wenn auch der Nachweis der Bacillen nicht gelang.

Eugen Müller vermehrt die Casuistik der Fälle von Darmresection bei Intussusception um einen Fall, einen 12jährigen Knaben, bei dem wegen ileocöcaler Intussusception 150 im Darm resecirt wurden, der aber trotz durchaus günstigen Verlaufes am 9. Tage starb (während bei den bisher bekannten 11 Fällen meist sehr bald nach der Operation eintrat).

Andrassy theilt schliesslich einen Fall von Hernia cruroproperitoneal. mit (mit Illustration), der bei der Obduction einer wegen eingeklemmten Schenkelbruches herniotomirten Frau entdeckt wurde und etwa apfelgross, unterhalb des Schenkelrings nach unten zum Foramen obt. zog, eine 20 cm lange Darmschlinge, die an einer Stelle perforirt war, enthielt.

Wir können das über die ersten Lieferungen dieser Mittheilungen Gesagte vollauf aufrecht erhalten.

Schreiber-Augsburg.

Die deutschen Sanitätszüge im Kriege gegen Frankreich 1870 71. Herausgegeben von der Mil.-Medic.-Abtheilung des k. p. Kriegsministeriums unter Mitwirkung etc. Berlin, Mittler & Sohn. 1886.

Die Sanitätszüge sind die wichtigsten dauernden Errungenschaften, welche das Feldsanitätswesen aus dem deutsch-französischen Kriege davongetragen. Nach den Erfahrungen über Eisenbahntransporte Verwundeter vor und in dem Kriege 1866 entschloss man sich 1870 zur Annahme einer geschlossenen Zugsformation mit grundsätzlichem Verzicht auf die Verbindung der Krankenwagen mit anderen, nicht dem Krankentransport dienenden Zügen, sogar für die Zeiten des Dranges, obschon eine umsichtige Vereinigung der genannten, natürlich immer ziemlich schwerfälligen Formation mit dem sogen. offenen Transportsystem dem Ideale einer bestgeregelten und raschen Evacuation wohl am nächsten kommen müsste. Derart specifisch organisirte Sanitäts-, Spital- oder Lazarethzüge wurden 1870 in Summa 36 aufgestellt, wobei grösstentheils Staatsbehörden und Organe der freiwilligen Krankenpflege zusammenwirkten.

Zuerst am Platze waren 3 von den 4 grossen bayerischen Zügen mit 40 Wagen, in denen durchschnittlich 293 Kranke befördert wurden — am 7. bezw. 8. und 11. August, welchen am 16. bezw. 19. und 23. die 3 württembergischen und am 23. August die 2 ersten preussischen Sanitätszüge folgten. Die Mehrzahl der Züge verblieb während des ganzen Feldzugs, einzelne noch über den Friedensschluss hinaus in Betrieb. Bezüglich der Einrichtung wird nach den gemachten Erfahrungen zunächst das Durchgangssystem beinahe einstimmig geradezu als nothwendiges Erforderniss für diese Züge hingestellt zu rascher Hilfeleistung und guter Pflege, Beköstigung, Ventilation und zur Beaufsichtigung des Personals und der Kranken. Die Krankentragen hatten die preuss. Züge I—IX in Wandhaken mittelst Gummiringen befestigt; letztere befriedigten nicht wegen oft ungleicher Elasticität je nach der Temperatur, der Gefahr ihres Reissens an schwächeren Stellen und leichten Verlorengehens, dagegen sehr wohl ihr Ersatz durch Evolutenfedern aus Stahlblech. Der Heizung dienten hier gefütterte Eisenblechöfen, der Ventilation Schieberöffnungen der Wände neben zeitweisem Oeffnen des Hinterfensters oder der Thüre, der Beleuchtung Coupé- und Handlaternen. Die mit Tauen in stählernen Federn am Deckenbalkenhaken aufgehängten Tragen des X. preussisch-hannoverischen Zuges veranlassten häufige Klagen über ungleiche Elasticität und vielfache Erschütterungen; dessen ungefütterte Oefen über ungleichmässige Heizung. Die Ventilation nur durch eine Seitenthüre, desgleichen die Beleuchtung durch zwei Handlaternen war eine ungenügende. Die Krankenwagen endlich der aus Güterwagen hergestellten preuss. Züge hatten die Tragen auf Grund'schen Blattfedern aufgestellt, waren nicht heizbar und nur durch kleine Wandfenster zu ventiliren.

Die sowohl für liegend als sitzend zu Transportirende eingerichteten bayerischen Züge zeichneten sich aus durch breitere Betten auf Grund'schen Federn, durch comfortable Heizeinrichtungen (Wärmrollen, Meidingeröfen, Dampfheizung), durch Anfügung strohsackbelegter Güterwagen zur zeitweisen Unterkunft der Reconvalescenten und Leichtverwundeten, welche eine längere Fahrt in den Sitzwagen nicht ertrugen, was sich als sehr zweckmässige Einrichtung erwies; endlich durch besondere heizbare Abortwagen. Kücheneinrichtungen hatten von vornherein nur die württemberger Züge, welche sich aber bald so sehr bewährten, dass von dem System der Verpflegung durch die Etappen noch während des Krieges allgemein abgegangen

wurde. Im Uebrigen der Einrichtung wichen die sächsischen, badischen, pfälzer, Mainzer, Frankfurter etc. Züge nur wenig ab; der Hamburger Zug hatte das Eigenartige, dass er seine Krankenwagen auf dem Kriegsschauplatze requirirte und nur die Ausrüstungsgegenstände hinausfuhr. Seine Tragenbefestigung mit sogen. Teufelsklauen bewährte sich derart, dass sie in der Kriegssanitätsordnung für die Hilfskrankenzüge Aufnahme fand. Trotz ihrer Improvisation haben die Hamburger Züge vollständig genügt, sind schnell zusammengestellt und können überall dem rollenden Bahnmaterial angepasst werden.

Bezüglich der Depot- und Verwaltungswagen, desgl. der Unterbringung des leitenden und Pflegepersonals herrschte wenig Uebereinstimmung: während letzterem Zweck in manchen Zügen drei Wagen dienten, entbehrten andere einer jeden bezüglichen Einrichtung. Bei der Mehrzahl der Züge war zweifellos die Unterkunft des Personals eine mangelhafte. Die verantwortliche Leitung des Dienstbetriebes lag bei den preussischen etc. Zügen in den Händen des Chefarztes, bei den bayerischen in denen eines pensionirten Officiers, bei den württembergischen einer dreiköpfigen »leitenden Commission«.

Ziffermässig festgestellt sind die Leistungen von 30 Zügen: sie beförderten auf 176 Fahrten 38725 Patienten nach Deutschland. Die Einrichtungskosten eines preussischen Zuges betrugen 3264 Thaler, die für die bayerischen Züge aufgewendete Summe 260360 Gulden. Rotter-München.

Vereinswesen.

Verein für innere Medicin zu Berlin.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 4. April 1887.

Vorsitzender: Herr Fräntzel.

Herr **Brieger: Zur Kenntniss der Aetiologie des Wundstarrkrampfs.**

Es sind viele Theorien über Wundstarrkrampf aufgestellt, aber keine von ihnen vermochte einer scharfen Kritik Stich zu halten. Der Wundstarrkrampf bricht hervor nach Verletzung der Hände, Finger, und überhaupt der Extremitäten. Man glaubte, dass dieser Art der Wunden eine besondere Disposition anhafte, man vergass aber dabei, dass diese Verletzungen an und für sich sehr häufig sind und dass desshalb der Wundstarrkrampf nach ihnen überwiegen muss. Tetanus tritt häufiger bei Farbigen als bei Weissen auf. Er tritt ferner auf unter gewissen tellurischen Einflüssen. Das ist ungefähr alles, was man über die Entstehung desselben weiss. Damit ist natürlich die Ursache desselben nicht erklärt. Sowie die klinische Beobachtung hat auch die pathologische Anatomie keinen Abschluss bringen können. Die zuweilen bei Autopsien gefundenen Blut-Extravasate im Wirbelkanal, die Hämorrhagieen in den Umgebungen der Nerven-Wundflächen erklären die Krankheit nicht. Erst die exacten Untersuchungsmethoden der modernen Klinik haben die Wege gebahnt, auf welchen es gelang, dem Wesen der Erkrankung etwas näher zu kommen. Schon im Jahre 1884 glaubte man durch Injection des Inhalts einer Acne-Pustel in die Nervenkapsel eines Kaninchens Tetanus zu erzeugen und von diesen Thieren konnte der Tetanus auf andere übergeimpft werden. Als ursächliche Momente der Entstehung der Krankheit wurden Bacillen angegeben, so von Nicolaier und von Rosenbach. Experimentell erzeugter Tetanus ist identisch mit dem beim Menschen vorkommenden. Meerschweinchen, Mäuse und Kaninchen sind gleich empfänglich, während Hunde absolut refractär sind. Das Bacterium stellt ein feines Stäbchen dar mit einem färbbaren Köpfchen. Reine Culturen mit diesen Organismen zu züchten, ist bisher nicht geglückt. Bezüglich der Giftigkeit glaubt man, dass diese Bacillen ein chemisches Gift produciren, welches die Reizerscheinungen des Nervensystems auslöst. Zu Gunsten dieser Erklärung spricht der Umstand, dass Rosenbach weder aus der Nervensubstanz noch aus dem Rückenmark die Bacillen unter sonst günstigen Culturbedingungen rein herauszüchten konnte.

Durch die Methoden der modernen Chemie ist es gelungen, diese Gifte zu isoliren. Behufs Darstellung derselben erhielt Redner Culturen des Rosenbach'schen Bacillus. Er stellte daraus ein Gift her, welches den bei Tetanus vorkommenden Symptom-Complex hervorrief, wie sie Nicolaier und Rosenbach beschrieben haben. Er bezeichnet dies Gift als Tetanin. Injicirt man minimale Mengen desselben Thieres, so zeigen sich die Folgen in 2 Stadien. Das erste ist das der Starre, welches Stunden lang andauert. Diesem folgt ein zweites, das charakterisirt ist durch kurze tetanische Stösse, denen bald der Tod folgt. Noch ein zweites Gift hat Redner isolirt, welchem er den Namen Tetanus-Toxin beigelegt hat. Auch eine Reihe anderer flüchtiger Toxine, so das Spasmo-Toxin und andere konnte er in den genannten Culturen nachweisen. Woher diese Bacillen stammen, ist nicht aufgeklärt. Verneuil war der Erste, der auf dem Chirurgen-Congress besonders darauf aufmerksam machte, dass besonders Menschen, die viel mit Pferden zu thun haben, häufig von Tetanus befallen werden. Redner konnte aus fauligen Cadavern, die über einem Pferdestall lagerten, das Tetanin nicht darstellen.

Therapeutische Vorschläge kann Referent nicht machen. Er glaubt nur vom theoretischen Gesichtspunkte aus darauf hinweisen zu müssen, dass es vielleicht möglich sein wird, Atomgruppen einzuführen, welche sich mit den von den Bacterien ausgeschiedenen giftigen Stoffen paaren und dieselben unschädlich machen. Ebenso wie wir ausserhalb des Organismus unschädliche Ptomaïne durch Zusammenpaarung mit anderen Stoffen in starkes Gift verwandeln können, so dürfte vielleicht auch das Umgekehrte gelingen. Dazu wird es aber nöthig sein, die Constitution des Giftes näher kennen zu lernen, als es bis jetzt der Fall.

Redner demonstrirt zum Schluss noch einige vom Cholera-Bacillus producirte Stoffe, die er in Aether-Alkohol oder Benzol gelöst hat.

Herr **Fräntzel: Ueber den Gebrauch des Kreosots bei Lungentuberculose.**

Herr F. möchte das Kreosot von Neuem als Heilmittel der Phthise empfehlen, das mehr leistet, als alle bisher angewandten Stoffe. Das Kreosot war in den dreissiger Jahren in Gebrauch auch als Mittel gegen Phthisis. Es ist dann wieder ausser Gebrauch gekommen, zum Theil weil man zu kleine Dosen gegeben und dann weil man unreine Präparate verwandte. Bouchardt und Gimbert haben es 1877 wiederum warm empfohlen und deshalb hat es auch Referent von Neuem in Gebrauch gezogen und über dasselbe schon in den Charité-Annalen 1877—1878 Publicationen erscheinen lassen. Schon damals sagte er, dass nur Fälle, bei welchen die Krankheit chronisch verläuft, wo entweder ein Stillstand der Krankheit oder gar eine Rückbildung des Prozesses zu verzeichnen ist, Chancen für die günstige Wirkung des Mittels bieten. Er giebt das Kreosot in folgenden Formen: Kreosot 13,5, Tinct. Gentian. 30,0, Spir. vini rectificat. 250,0 Vin. Xerense ad. 1000,0 tägl. 2 Esslöffel voll zu nehmen.

Nebenher richtet er sein Hauptaugenmerk auf entsprechende Hygiene. Die Patienten liegen in einem Zimmer, das möglichst viel Sonne hat, gut geheizt ist, und in dem die Fenster immer offen stehen. Er lässt die Patienten viel in freier Luft sich bewegen, kalt abreiben, Leberthran nebenher trinken. Der Erfolg war in vielen Fällen ausserordentlich günstig. Die Patienten, die unter gleichen Verhältnissen lebten und kein Kreosot nahmen, machten nicht solche Fortschritte, wie diejenigen, welche die Kreosotcur gebrauchten. Ebenso war zu constatiren, dass eine Reihe von Patienten sich wieder verschlechterte, sobald man die Kreosotcur aussetzte. Solche Kranke, die stark fiebern, die über 38,5 haben, oder solche, die, wenn auch ein geringes, aber andauerndes Fieber haben, eignen sich nicht für die Kreosot-Cur. Wenige Tage nach dem Einnehmen des Kreosots tritt eine starke Steigerung des Appetits ein, die Stuhlentleerung wird regelmässig, Durchfälle sind selten. Der ganze Tonus des Menschen wird gehoben, die Secretion ist auffallend vermindert, Husten und Schmerzen auf der Brust nehmen ab, dagegen gehört es zu den Seltenheiten, dass die Menge der Bacillen ab-

nimmt. Patienten nehmen an Gewicht zu. Redner hat eine Zunahme bis zu 33 Pfund constatiren können. Die Dauer der Behandlung ist gewöhnlich 5 Monate und wird am besten in den Wintermonaten vorgenommen. Die Dämfungsgrenzen werden geringer, die Rasselgeräusche nehmen ab oder schwinden ganz. Wohl kommen später wieder neue Krankheitsanfälle. Allein wenn die Patienten dann wieder in der Charité die Kreosotcur durchmachen, so erholen sie sich und verlassen wieder neu gekräftigt das Hospital. Die Resultate bei der Anwendung in Pillenform sind schlechter als bei der Medication in flüssiger Form. Von den 400 Phthisikern, die das Jahr hindurch auf seiner Klinik liegen, haben 15 mit Kreosot Behandelte das Krankenhaus geheilt verlassen. Ausserdem sind weitere 51 Kranke mit Kreosot behandelt und vorübergehende Erfolge bei ihnen erzielt worden. Bei 27 dieser Fälle war keine Complication vorhanden, bei den 24 anderen musste das Kreosot wegen Erbrechens, Appetitlosigkeit, Magendrückens, Hustenreiz oder Durchfälle ausgesetzt werden. Von Kreosot in der Form von Inhalationen hat Redner keinen Erfolg gesehen.

In der Privatpraxis giebt Redner das Mittel in geringerer Dosis 1,0 auf 100 g. Colatur 3 mal täglich einen Theelöffel; später kann man mit der Dosis bis zu 2 Theelöffeln steigen.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 5. April 1887.

Vorsitzender. Herr Curschmann.

Demonstrationsabend. Herr **Lauenstein** demonstrirt einen Fall von **subphrenischem Abscess** rechterseits, der durch Incision geheilt wurde.

Herr **E. Fränkel** demonstrirt verschiedene **Schildrüsenpräparate.** F. erwähnt die Kocher'schen Beobachtungen über Cachexia strumipriva, die klinisch mit dem besonders von Engländern beobachteten Myxoedem übereinstimmen. Bei den spärlichen Sectionsbefunden, die über letztgenannte Affection existiren, fehlte die Schilddrüse entweder ganz oder war sehr atrophisch. Virchow constatirte neben der Atrophie auch interstitielle Entzündungsprocesse in der Drüse. Experimentelle Untersuchungen ergaben in einer Reihe von Fällen bei Thieren analoge Erscheinungen, wie bei entkropften Menschen. Zur Erklärung derselben nehmen einige Beobachter an, dass die normale Schilddrüse gewisse durch den Stoffwechsel entstehende toxische Producte zerstöre, die bei Ausfall der Drüsenfunction im Organismus zur Wirkung gelangen. Ewald (Strassburg) konnte mit Aufschwemmungen von Organen entkropfter Thiere bei anderen Thieren Vergiftungserscheinungen hervorrufen. Jedenfalls steht fest, dass eine totale Exstirpation der Schilddrüse heut zu Tage beim Menschen nicht gestattet ist. F. demonstrirt

1) einen congenitalen Defect eines Schilddrüsenlappens, stammend von einer 77jährigen Frau. Daneben findet sich eine accessorische Schilddrüse mit fehlendem Isthmus, von einem Fall von acuter Miliartuberculose.

F. erwähnt, dass selbst Virchow noch glaubte, die Schilddrüse werde selten tuberculös, während Cohnheim und F. selbst die Häufigkeit ihrer Miterkrankung bei Miliartuberculose nachweisen konnten.

Herr **Alsberg** referirt über die Exstirpation eines **Retroperitonealtumors**, den er demonstrirt.

Eine 53jährige Frau hatte einen Tumor im Abdomen, der für einen malignen Ovarialtumor mit Ascites gehalten wurde. Die Laparotomie ergab massige, fast das ganze Abdomen ausfüllende Geschwülste, die retroperitoneal lagen und eine Mischform von Lipom und Myxom darstellten. Bei der Exstirpation riss das Quercolon ein und musste in der Ausdehnung von 18 cm resecirt werden. Die Enden vereinigte A. durch die Darmnaht. Der Verlauf war bis jetzt, 14 Tage post op., ein günstiger.

Ders. zeigt ferner ein exstirpirtes **Nierencarcinom** eines 5jährigen Kindes, das vor Jahresfrist zuerst Hämaturie bekommen hatte. Erst vor 14 Tagen wurde der Tumor im Abdomen entdeckt. Die Operation machte A. vor 8 Tagen mit dem von v. Bergmann angegebenen modificirten Simon'schen Schnitt. Die Exstirpation war sehr schwierig; der Tumor musste stückweise entfernt werden. Das Kind war vom zweiten Tage post op. ab ganz wohl und befindet sich heute (am 8. Tage) im besten Wohlsein. Von den bis jetzt veröffentlichten 16 Nierenexstirpationen wegen maligner Tumoren bei Kindern starben 9 direct im Anschluss an die Operation.

Herr **Hansmann** demonstrirt eine am 31. März von Schede exstirpirte **Abdominalschwangerschaft.** Die Frucht entspricht ca. dem 4. Monat und war bei der Operation bereits abgestorben.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 1. April 1887.

Vorsitzender: Herr v. Bamberger.

Herr Friedinger berichtet über eine seltene Anomalie der Geschlechtstheile bei einer in der Findelanstalt befindlichen Amme. Dieselbe besitzt eine Clitoris von der Länge eines Daumens, die ein Präputium hat und an der Stelle, welche die Eichel repräsentirt, eine Oeffnung zeigt, aus der Harn entleert wird. An der normalen Stelle befindet sich aber die normale Harnröhre. Diese Clitoris bildet, nach Herrn Friedinger, ein membrum virile, welches zwischen den beiden Schamlippen herabhängt und den Scheideneingang verschliesst.

Herr Friedinger demonstrirt ein männliches neugebornes Kind, bei dem die Afteröffnung sich hinter dem Scrotum, seitlich, vor dem Mittelfleische befindet.

Herr Wittelshöfer demonstrirt einen Klumpfuss-Apparat, der sich ihm bei Kindern sehr bewährt hat, und der gerade bei den ärmeren Classen der Bevölkerung wegen seines niederen Preises und der einfachen Handhabung empfehlenswerth ist. Derselbe besteht aus einer Metallschiene, die an der Wade mittelst Heftpflasterstreifen befestigt wird, und einer zweiten Platte, die an der Sohle ebenfalls mittelst Heftpflastersteifen fixirt wird. Die beiden Schienen werden in der pathologischen Stellung des Fusses angelegt und nachträglich wird das Redressement vorgenommen, was sehr exact und nach allen Richtungen geschehen kann, da die beiden Schienen durch ein Kugelgelenk mit einander verbunden sind.

Herr Witttelshöfer demonstrirt ferner ein für Kinder sehr praktisches Bruchband. Die Vortheile desselben bestehen darin, dass die Fixation der Pelotten nach oben verlegt ist, der Gurt über die beiden Spinae geht und federt, wodurch der Einfluss der verschiedenen Füllungszustände des Abdomens entfällt. Die Befestigung des Gurtes geschieht rückwärts mittelst einer Schnalle. Die Pelotten sind von rechts nach links und von oben nach unten verschiebbar. (Schluss folgt.)

II. Versammlung russischer Aerzte zu Moskau.

(Fortsetzung.)

Section für innere Krankheiten.

Herr **Pawlinoff: Ueber Acholie.**

Ref. bestimmt die Acholie als einen Complex von nervösen Erscheinungen, welche sich im Verlaufe der acuten gelben Leberatrophie einstellen. Die Anschauung Leyden's, dass die Acholie auf eine Vergiftung des Blutes mit Gallensäuren zurückzuführen ist, sei unrichtig, ebenso die Meinung Traube's, die Acholie wäre nur das Resultat einer Hirnerschöpfung. Auch kann P. nicht Rokitansky beistimmen, der die Gehirnerscheinungen bei der Acholie für urämische betrachtet. Dafür aber acceptirt er die Lehre Virchow's, nach welcher die genannten Gehirnerscheinungen darin ihre Erklärung finden, dass im Blute Stoffe zurückgehalten werden, die sonst durch die Leber aus dem Organismus ausgeschieden werden. Diese Stoffe, durch den Darmcanal resorbirbar, treten bei gestörter Function der Leber in die Gesammtmasse des Blutes und üben dann ihren toxischen Einfluss auf den Organismus aus. — Prof. Ostroumoff sprach

darauf seine Vermuthung aus, dass die Erscheinungen bei Acholie durch den Einfluss von Ptomainen erklärt werden können, die durch den Darmcanal resorbirt werden und wahrscheinlich bei Abwesenheit von Galle in dem Darme in grösseren Mengen entwickelt werden können.

Herr **Ostroumoff: Ueber die katarrhalische Form der Pyelonephritis.**

Bei Beschreibung der Pyelonephritis berücksichtige man zu wenig den Umstand, dass es zwei Formen einer solchen giebt: eine katarrhalische und eine eitrige. Es sei indessen höchst wahrscheinlich, dass letztere durch das Eindringen eines Mikroorganismus bedingt ist, der für die Eiterungsprocesse überhaupt specifisch ist. Doch nicht allein das Wesen des Processes, auch die Krankheitssymptome unterscheiden diese zwei Formen von einander: während die eitrige Pyelonephritis unter septischem Fieber und Abscessbildung in den Nieren verläuft, wird die katarrhalische Pyelonephritis durch die gewöhnlichen Symptome einer Entzündung der Nierenkelche, zu der Erscheinungen einer Affection der Nieren selbst hinzutreten, Eiweiss im Harn (kein Eiter), auch Blut und verschiedene Harncylinder charakterisirt. In günstigen Fällen, wo die Ursache zu entfernen ist, ist die Prognose der katarrhalischen Form gut zu stellen. Ausser der acuten Form, die 1½—2 Wochen dauert, beobachtet man noch eine subacute und langwierige Form, die 1½—2 Monate dauern kann. Während dieser langwierigen Form sind Verschärfungen keine seltene Erscheinung; sie treten besonders bei Frauen während der Menstruation und bei Männern in Folge von Excessen auf. In solchen Fällen wurden auch Blutungen aus den Harnwegen beobachtet. Da die chronische parenchymatöse Nephritis sich nicht selten aus der katarrhalischen Pyelonephritis entwickelt, so legt Ref. auf eine rechtzeitige, richtig gestellte Diagnose besonderen Werth, denn durch eine zweckmässige Behandlung: heisse Bäder, Natr. salicyl. etc. kann man den Krankheitsprocess rasch zum Stillstand bringen.

Herr **Lángowoj: Ueber die therapeutische und physiologische Wirkung des Urethans.**

L. betrachtet das Urethan auf Grund eigener klinischer Beobachtungen und experimenteller Untersuchungen an Thieren für nicht genügend sicher und energisch; er gebraucht das Mittel deshalb nur dann, wenn andere wirksamere Hypnotica schädlich wirken könnten. Ref. stellt folgende Thesen auf: 1. Die hypnotische Wirkung des Urethans äussert sich bei verschiedenen Thieren verschiedentlich: für Kaninchen ist sie zu stark, für Hunde zu schwach. 2. Sogar grosse Urethangaben üben bei Thieren auf das Herz keine besonders giftige Wirkung aus und setzen den Blutdruck nicht herab. 3. Die Athmung wird beschleunigt. 4. Das Urethan wird von den Kranken leicht vertragen, besitzt keinen widerlichen Geschmack und ruft keine Verdauungsstörungen hervor. 5. Nebenwirkungen, z. B. ein Sinken der Herzthätigkeit, sind nicht zu constatiren. 6. Dieses Fehlen von Nebenwirkungen macht das Urethan zu einer werthvollen Errungenschaft der Therapie, obzwar es, wie gesagt, nicht zu den energischen und sicher wirkenden Mitteln gehört. 8. Ausser bei nervöser Schlaflosigkeit ist das Urethan bei Agrypnie während fieberhafter Processe, besonders bei Typhus, anzuwenden.

Herr Anseroff sprach über die Wirkung des Antifebrins. Dasselbe bewirke eine Herabsetzung der Temperatur, ohne dass irgend welche unangenehme Nebenwirkungen eintreten, ausgenommen die starken Schweisse, die nach Verabreichung grosser Dosen auftreten (1,0). Auch auf das Nervensystem soll das Antifebrin gut wirken. — Herr Trussewitsch bemerkt darauf, dass auch das Antifebrin, obzwar seltener als das Cairin oder Antipyrin, einen Collaps bedingen kann.

(Schluss folgt.)

Verschiedenes.

(Von Hofrath Prof. Ferdinand v. Arlt, geboren am 18. April 1812, gestorben am 7. März 1887) theilt das Centralblatt für Augenheilkunde folgende Autobiographie mit:

»Die Zeit meiner akademischen Lehrthätigkeit beginnt mit 1. November 1846 und endet mit September, resp. Juli 1883.

1. Vorbereitung. Geboren am 18. April 1812, Sohn eines Bergschmiedes in Obergraupen bei Teplitz in Böhmen, wurde ich im Alter von 8 Jahren von meinem Vetter Dominik Schöttner, Schullehrer in Weisskirchlitz, in's Haus genommen, mich zum Schullehrer heranzubilden. Da ich aber nicht die nöthige Begabung für Musik gezeigt hatte, wurde ich im 13. Jahre an das Gymnasium zu Leitmeritz gegeben zur Vorbereitung für die Universitätsstudien (eigentlich für den geistlichen Stand). Wegen unzulänglicher Mittel meiner Eltern war ich zunächst auf Unterstützung durch wohlthätige Bürger, später (vom 3. Jahre an) auf Unterrichten jüngerer Gymnasiasten angewiesen. Im Herbst 1831 bezog ich die Universität zu Prag und wählte, nachdem ich die Stelle eines Erziehers in einem Handlungshause erhalten hatte, die medicinischen Studien, welche ich 1838 beendete. Promotion zum Doctor der Medicin und Chirurgie Ende November 1839. In den ersten drei Jahren der medicinischen Studien hatte ich mich intensiv mit Anatomie, Botanik und Mineralogie beschäftigt.

Mein Lehrer in der Augenheilkunde, Prof. Joh. Nepom. Fischer, welcher die durch Skoda und Rokitansky eingeführte naturhistorische Richtung der medicinischen Studien kennen gelernt hatte, verpflichtete mich, bevor er mich zum Assistenten an seiner Klinik designirte, erst auf drei Monate nach Wien zu gehen, wo ich nebenbei auch einen Augenoperationscurs bei Professor Friedrich Jäger nahm. Vom 5. April 1840 bis 5. April 1842 diente ich als Assistent bei Prof. Fischer. Bis zum Herbst 1846 übte ich als Privatarzt nicht nur augenärztliche, sondern auch interne und chirurgische Praxis.

2. Ueber Vorschlag des kränkelnden Prof. Fischer wurde ich für das Schuljahr 1847 mit der Supplirung der Lehrkanzel betraut. Im December 1847 musste ich die Supplirung wieder übernehmen, da Prof. Fischer jetzt schwer erkrankte und Anfang 1848 starb. Am 3. März desselben Jahres machte ich nach der damaligen Studienordnung den Concurs für die Lehrkanzel der Augenheilkunde, welche ich sodann bis Ende des Studienjahres 1849 interim versah. Zu Ostern 1849 von der Universität zu Leipzig als Ordinarius für die dort eben errichtete Lehrkanzel der Augenheilkunde berufen und dann vom königl. sächs. Ministerium dazu ernannt, machte ich dieses Engagement rückgängig, weil ich im August 1849 zum wirklichen Professor in Prag ernannt worden war.

Meine literarische Thätigkeit in dieser Zeit bestand zunächst in Journalartikeln (über Schielen, in den österr. Jahrbüchern 1842; Aphoristische Bemerkungen über Hordeolum, Blepharadenitis, Staphyloma corneae, Amblyopie[1]), Trichiasis und Entropium, Flügelfell, physiologisch-anatomische Bemerkungen über die Bindehaut, zur pathologischen Anatomie des Auges, Trachoma — in der Prager Vierteljahresschrift; dann: Pflege der Augen in gesundem und krankem Zustande 1846[2]).

3. Vom 1. October 1849 bis Ende Juli 1856 fungirte ich als wirklicher ordentlicher Professor der Augenheilkunde in Prag, vom 1. October 1856 bis letzten Juli 1883 in derselben Eigenschaft in Wien.

Literarische Publicationen: a) Krankheiten des Auges, für praktische Aerzte. I Krankheiten der Binde- und Hornhaut, Prag 1851. II. Krankheiten der Sclera, Iris, Chorioidea und Linse, Prag 1853. III. Krankheiten des Glaskörpers, der Netzhaut, der Augenmuskeln, der Augenlider, der Thränenorgane und der Orbita, Prag 1856.

b) Klinische Darstellung der Krankheiten des Auges, Wien 1881 (Binde-, Horn- und Lederhaut, dann der Iris und des Ciliarkörpers).

c) Operationslehre, in Graefe-Saemisch's Handbuche.

d) Die Verletzungen des Auges, in Wittelhöfer's »Wiener medicin. Wochenschrift« 1874 und als Broschäre 1875 (Braumüller).

e) Aetiologie und Therapie der Bindehaut Blenorrhöe, in Mittheilungen des Vereins der Aerzte in Niederösterreich 1875, Nr. 1, 2, 3, 4, 5.

f) Ursachen und Entstehung der Kurzsichtigkeit, Broschüre 1876 (Braumüller).

g) Einige Artikel in Graefe's Archiv für Ophthalmologie.

4. Schüler. Im Jahre 1884: Coccius. Im Jahre 1849 Herbst: A. v. Graefe.

Professoren: Otto Becker, Heidelberg. H. Sattler, Erlangen (jetzt Prag). E. Fuchs, Lüttich (jetzt Wien). L. Rydel in Krakau. Businelli in Rom. W. Schulck in Pest.

Vom Jahre 1850 an Privatoperationscurse in Prag, dann in Wien bis 1871, achtwöchentlich 5 Mal in der Woche je eine Stunde.«

[1]) In diesem Artikel werden zuerst Buchstaben von verschiedener Höhe (nach Linien) als Maassstab für die Sehschärfe angeführt.

[2]) In dieser populär gehaltenen Schrift wurde zuerst der Rath ertheilt, dass die Ordination der Augengläser durch Aerzte (nicht, wie bisher, durch Optiker) ebenso nothwendig sei, als die Verschreibung von Medicamenten, dass daher jeder Arzt (resp. Augenarzt) einen vollständigen Brillenkasten besitzen müsse.

Ende Juli 1883 war der Schluss seiner lehramtlichen Thätigkeit. Anfangs August vor. Jrs. warf ihn eine in Folge Thrombose entstandene Gangrän des Unterschenkels auf das Krankenlager und nach wiederholter Operation erlag er dem Leiden.

(Die Frequenz der Wiener Universität im Wintersemester 1886—1887.) Dem soeben erschienenen Lectionskataloge für das Sommersemester zufolge wurde die Wiener Universität im abgelaufenen Wintersemester von 6157 Hörern, von welchen 2318 ordentliche und 675 ausserordentliche auf die medicinische Facultät entfielen, besucht. Der österreichischen Reichshälfte gehörten 4375, den Ländern der ungarischen Krone 1280, dem Auslande 502 Studirende an. Ein Vergleich der Frequenz mit dem Vorjahr ergiebt, dass der Besuch im Allgemeinen um 231 Studirende gestiegen ist, und zwar nahm die Zahl der Mediciner um 320, die der Philosophen um 6 zu, hingegen hat sich die Zahl der Juristen um 87 und die der Theologen um 8 vermindert. Die grösste Zahl der die Wiener Universität besuchenden Ausländer entfällt auf die medicinische Facultät, die von 312 Ausländern (95 Amerikanern, 33 Deutschen, 13 Schweizern, 30 Engländern, 28 Russen, 76 Rumänen und 37 Serben) frequentirt wurde.

(Einen neuen Parasit) aus der Gattung Sporozoa (Leuckart) hat Geheimrath L. Pfeiffer (Weimar) bei Pocken, und zwar bei Variola vera hominis, Impfpocken und bei durch Impfung von Thieren erzeugten künstlichen Pocken gefunden. Bekanntlich sind im Inhalt der Pockenbläschen schon früher verschiedene Pilzformen constatirt worden, von denen allen man wohl mit Sicherheit sagen kann, dass sie die specifischen Träger des Pocken-Contagiums nicht sind. Zu diesen kommen nun noch die von Verf. jetzt entdeckten Parasiten hinzu, Protozoen, die ihren charakteristischen Eigenthümlichkeiten nach am ehesten in die Gattung der Sporozoen Leuckart's bei den Coccidien, also den niedersten Thieren, einzureihen sein dürften. Dieselben sind ohne Färbungsmethode sichtbare, runde oder ovale Monaden mit einer glatten Primordialschale, innerhalb deren sich eine dünne Cystenwand mit körnigem Inhalt abhebt. In bestimmten Entwickelungsstadien zeigen sich theils amöboide Bewegungen, theils Protoplasmastörungen. Die Fortpflanzung geschieht durch Sporen, die sich innerhalb der Cystenwandungen bilden. Pf. fand diesen Mikroorganismus, wie oben bereits erwähnt, constant in den echten Menschen- und Kuh-Pocken, sowie in den Vaccinationspocken von Hund, Rind, Pferd, Schwein, Ziege, jedoch nie bei Tauben und Hühnern. Da derselbe auf festen Nährböden nicht wächst, so liessen sich vollkommene Reinculturen bisher nicht darstellen, ebensowenig einwandsfreie Impfungen behufs Prüfung der etwaigen Pathogenität vornehmen. Von besonderem Interesse ist die Thatsache, dass in den Glycerinlymphe-Präparaten sich alle Altersstufen des Parasiten lebensfähig vorfinden, da weder seine Sporen, noch die ausgewachsenen Exemplare vom Glycerin geschädigt werden, während dasselbe auf die Entwickelung der meisten Spaltpilze hemmend einwirkt. — Verf. enthält sich jeder Aeusserung darüber, welche Bedeutung seine Entdeckung hat, namentlich darüber, ob der neugefundene Mikroorganismus das wesentliche Contagium des Pockenprocesses darstellt, und behält sich hierüber weitere Untersuchungen vor. (Allg. med. Centr.-Ztg.)

Therapeutische Notizen.

(Erysipel) wird auf der Klinik Winiwarter's in Lüttich nach einer Mittheilung seines Assistenten Fraipont in der dortigen medicinisch-chirurgischen Gesellschaft folgendermassen behandelt: Bei Erysipel der Extremitäten werden dieselben für 10 Minuten in ein lauwarmes Sublimatbad, 3‰, gesteckt. Kann kein Bad genommen werden, wird die ganze afficirte Fläche bis über die Grenzen der Infiltration mit Sublimat (3‰) gewaschen, hierauf wird die Wunde, welche ebenfalls mit derselben Sublimatlösung gewaschen wurde, mit in Sublimat getränkter Jodoformgaze bedeckt, die erysipelatöse Fläche bis drei Querfinger über die Grenze der Röthung mit flüssigem Theer bestrichen und ein Compressionsverband mit Burow'scher Lösung (Alum. crud. 5·0, Plumb. acet. cryst. 25·0, Aq. dest. 500·0) angelegt. Am nächsten Tage stösst sich die macerirte Epidermis in grossen Fetzen ab, so dass die Cutis blossliegt. Es wird nun wegen der grossen Absorptionsfläche eine bloss ½ ‰ Sublimatlösung gebraucht. In vier von Fraipont veröffentlichten Fällen wurde der Stillstand des Erysipels noch am selben Tage erzielt. Unangenehme Wirkung hat Fraipont vom Sublimat nicht beobachtet; er hatte es mit älteren granulirenden Wunden zu thun. Bei frischen ausgedehnten Wunden muss man mit dem Sublimat vorsichtiger sein. (Wr. med. Pr.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 11. April. Zu dem im Bundesrathe verhandelten Entwurf, betreffend eine Anweisung zur Gewinnung, Aufbewahrung, Transport und Versendung von Thierlymphe, ist noch beschlossen worden, die Bundesregierungen zu ersuchen, dass dieselben für regelmässige Jahresberichte über die Thätigkeit der Angestellten zur Gewinnung von Thierlymphe sorgen mögen, welche dem kaiserl. Gesundheitsamte behufs einheitlicher Bearbeitung und zweckentsprechender Veröffentlichung mitgetheilt werden sollen, sowie, dass der in den Apotheken stattfindende Handel mit Thierlymphe einer sorgfältigen Ueberwachung unterstellt werde.

— Die Regierung des Kantons Bern hat eine Verfügung erlassen, wonach die Ankündigung von medicinischen Geheimmitteln in den Zeitungen an die Bewilligung der Sanitätsbehörde (Direction des Innern) geknüpft ist. Die Zeitungsverleger des Kantons haben gegen diese nachahmenswerthe Maassregel protestirt.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Geheimrath Olshausen in Halle hat den an ihn ergangenen Ruf als Nachfolger Schröder's an hiesige Universität angenommen, und wird derselbe schon zum 1. Mai d. Js. seine neue Stellung übernehmen. Zum Custos am hygienischen Museum in Berlin ist der Assistent des Geheimrath Dr. Koch, Dr. Carl Fränkel, ernannt worden. — **Innsbruck.** Für die durch die Berufung Schauta's nach Prag erledigte geburtshilflich-gynäkologische Lehrkanzel sind 1) ex aequo Dr. Kochs (Bonn), Dr. Bumm (Würzburg) und 2) Dr. Ehrendorfer (Wien) vorgeschlagen. — **Krakau.** Für die erledigte chirurg. Lehrkanzel wurden vorgeschlagen: 1) Rydygier (Culm) und Obalinski (Krakau), 2) Matlakowski (Warschau) und Schramm (Lemberg). — **München.** Der Professor der Botanik Karl Wilhelm v. Nägeli feierte kürzlich seinen 70. Geburtstag. — **Rostock.** Die durch Prof. Göbel's Berufung nach Marburg vacante Professur der Botanik wird Ostern mit dem bisherigen Extraordinarius in Göttingen, Dr. Paul Falkenberg wiederbesetzt.

(Todesfälle.) Am 2. April ist in Berlin der rühmlichst bekannte Specialarzt für Halskrankheiten Dr. Andreas Boecker im 40. Lebensjahr einer Lungenentzündung erlegen.

In Rostock starb der als Gynäkologe rühmlichst bekannte Privatdocent Dr. Wilhelm Brummerstädt.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Niederlassungen. Panizza, Oskar, pr. 1880 und Hedwig, Paul, appr. 1886, in München.

Abschied bewilligt. Dem Stabs- und Bataillonsarzt Dr. Bandorf des 7. Inf.-Reg. mit Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform.

Versetzt. Assistenzarzt I. Cl. Dr. Rosenthal vom 6. Chev.-Reg. und Assistenzarzt II. Cl. Dr. Miller vom 7. Inf.-Reg. gegenseitig.

Befördert. Zum Stabs- und Bataillonsarzt Assistenzarzt I. Cl. Dr. Munzert vom 18. Inf.-Reg. im 7. Inf.-Reg.; zu Assistenzärzten I. Cl. der Assistenzarzt II. Cl. Dr. Brenner im 3. Feld-Art.-Reg. — dann im Beurlaubtenstande die Assistenzärzte II. Cl. Dr. Bredauer und Dr. Lutz (München II), Dr. Fritsch (Vilshofen), Dr. Temme (Hof). Dr. Wegele (Kitzingen), Dr. Bumm, Dr. Maximilian Wolf Michael Wolff (Würzburg), Dr. Schloymann (Aschaffenburg), Dr. Wild und Dr. Regnault (Speyer); zu Assistenzärzten II. Cl. der Unterarzt Adalbert Nadbyl im 2. Chev.-Reg. — ferner im Beurlaubtenstande die Unterärzte der Reserve Dr. Hermann Glatschke (Neustadt a./WN.), Heinrich Bopp und Dr. Karl Kummer (Würzburg), Dr. Karl Schenk (Aschaffenburg).

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 13. Jahreswoche vom 27. März bis incl. 2. April 1887.

Bevölkerungszahl 262,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 5 (6), Scharlach 2 (1), Diphtherie und Croup 3 (4), Keuchhusten 2 (3), Unterleibstyphus 1 (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), andere zymotische Krankheiten 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 129 (133), der Tagesdurchschnitt 18.4 (19.0). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 24.9 (25.7), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 17.1 (18.5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 16.4 (16.2).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Sterblichkeit der Vorwoche.

Berichtigung zu dem Artikel des Hrn. Dr. Sticker in voriger Nummer: S. 261 Spalte I. Zeile 7 v. u. dele — vor »in die«, Zeile 13 v. u. l. εἶδος statt εἶδορ, Zeile 14 v. u. l. ψύχη θρεπτικὴ statt ψὺλη θρεπτικὴ, Spalte II. Zeile 8 v. o. l. Krimer statt Brimer, S. 262 Spalte I. Z. 1 v. u. l. der Theorien statt die Th., Spalte II. Zeile 46 v. o. l. Hyperplasie[21]).

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F Straub in München.